NOTICE SUR LES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur LÉON LABBÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN HONORAIRE DES HOPITAUX — PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. ETC., ETC.
SÉNATEUR

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1902

CONCOURS, ÉLECTIONS

1857. Interne des Hôpitaux de Paris.

1857. Lauréat des Hôpitaux de Paris.

1858. Élu membre de la Société anatomique.

1860. Aide d'anatomie à la Faculté de médecine.

1861. Docteur en médecine.

1862. Prosecteur à la Faculté de médecine.

1863. Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

1864. Chirurgien des Hôpitaux. — Successivement chirurgien des Hôpitaux de la Salpêtrière, de Saint-Antoine, de la Pitié, de Lariboisière et de Beaujon.

1865. Élu membre de la Société de chirurgie.

1868. Secrétaire de la Société de chirurgie.

1880 (16 mars.). Élu membre de l'Académie de médecine.

1882. Président de la Société de chirurgie.

ENSEIGNEMENT

Pendant plusieurs années, le docteur Labbé a appartenu à l'Enseignement officiel, au titre d'aide d'anatomie, de prosecteur et de professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Au cours de quatre années, 1868, 1869, 1870, 1871, le professeur Richet confia, du 1er juillet au 1er novembre, son service de Clinique chirurgicale au docteur Labbé. Durant cette période, celui-ci a fait à l'Hôpital des Cliniques un enseignement qui a obtenu un grand succès.

Pendant vingt-cinq ans, à l'Hôpital Saint-Antoine, à la Pitié, à Lariboisière, à Beaujon, le docteur Labbé a fait, sans interruption, un enseignement libre de clinique chirurgicale qui a toujours été très suivi par les étudiants, par les médecins et très particulièrement par les chirurgiens étrangers venus en France pour compléter ou renouveler leur éducation chirurgicale.

Il a formé de nombreux disciples, dont plusieurs occupent à Paris une place importante dans la science chirurgicale. D'autres, retournés dans les grands centres de la province, ont largement contribué au mouvement de décentralisation de la chirurgie contemporaine.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Avant d'exposer les travaux scientifiques que j'ai publiés, je tiens à dévolopper quelques considérations sur l'état actuel et l'état ancien de la chirurgie.

Pour juger de la valeur des travaux parus il y a vingt-cinq et trente ans, il est, en effet, indispensable d'apprécier la différence de situation des chirurgiens anciens et celle des chirurgiens actuels.

Personnellement, j'ai assisté à tous les déboires de la chirurgie, aux luttes, aux efforts incessants tentés pour atténuer la gravité des suites de l'acte opératoire et pour combattre l'infection des plaies.

Dans cette direction d'esprit, des succès relatifs et dignes de fixer l'attention furent obtenus, mais, *faute de doctrine solide*, rien de durable ne put être établi, et l'intervention chirurgicale resta l'apanage d'un petit nombre.

Aujourd'hui tout est modifié dans cette voie et, grâce à la doctrine nouvelle, la chirurgie, au moins la plus grande partie de la chirurgie, est devenue abordable, avec sécurité, pour tous les médecins vraiment instruits.

C'est l'*application à la chirurgie*, par Lister, des *théories de Pasteur* qui a amené la *grande révolution chirurgicale* dont nous bénéficions actuellement.

A partir de ce moment, la pratique est modifiée d'une façon complète.

A la période des résultats trop souvent incertains et quelquefois désastreux, succède celle de la sécurité quasi absolue, et les chirurgiens, avec une audace justifiée, peuvent résoudre les problèmes opératoires les plus étendus et les plus variés.

Lister a démontré que toutes les complications chirurgicales étaient dues à *l'intervention de germes ou microbes contre lesquels on pouvait se défendre.*

Toute la pratique de Lister repose sur l'emploi des *substances antiseptiques*, c'est-à-dire de substances capables de *détruire le germe ou microbe mis en contact avec la plaie.*

A la doctrine de l'*antisepsie*, d'abord acceptée unanimement, a, plus tard, succédé, dans l'esprit de beaucoup de chirurgiens, celle de l'*asepsie*.

Dans l'un et l'autre cas, c'est, bien entendu, au *germe vivant venu du dehors et capable de troubler les phénomènes de réparation des tissus* que l'on s'adresse; c'est lui qui est l'ennemi, c'est lui qu'il faut combattre.

Dans l'*antisepsie* proprement dite, on cherche à détruire le germe, fût-il déjà en contact avec les tissus vivants. Dans l'*asepsie*, on se propose d'empêcher ce germe d'entrer en contact avec ces tissus, et cela en recourant à la stérilisation complète de tout ce qui peut être mis en rapport avec la plaie : mains, instruments, pièces de pansement.

Mais que l'on soit partisan plus convaincu, soit de l'*antisepsie* soit de l'*asepsie*, c'est toujours en vertu d'une *doctrine très nette* que l'on agit, et, cette doctrine, elle a pris naissance à la suite des travaux de Pasteur, dont elle n'a été que le corollaire.

Avant cette période où est survenue une *véritable révolution dans la pratique de la chirurgie*, les chirurgiens, je le répète, n'avaient pas de *doctrine pour les guider*, et cependant, instinctivement, si je puis dire, surtout lorsque la chirurgie abdominale prit naissance, ils comprirent que, *avant de pénétrer dans la cavité du ventre, leurs mains devaient être*, le plus possible, *pures de toute souillure.*

L'idée de la *nécessité d'une très grande propreté* (en réalité *d'une sorte d'asepsie*) dans la pratique des opérations fit un pas considérable sous cette influence.

Dès l'année 1864, j'abordai la chirurgie abdominale, et c'est grâce à l'éducation qui en résulta pour moi que je fus encouragé, avant la période antiseptique proprement dite, à tenter quelques opérations jusque-là redoutées.



Mémoire
sur l'extraction d'un corps étranger (fourchette) *de l'estomac et sur l'application d'un nouveau procédé de gastrotomie.*

(Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1876.)

En 1874, je fus consulté par un jeune homme qui, à la suite d'exercices d'acrobatie devant plusieurs de ses amis, avait avalé une *fourchette*. Un médecin fort instruit, appelé au moment où ce corps étranger n'avait pas encore franchi l'isthme du gosier, tenta de saisir avec des pinces les dents de la fourchette. Cette manœuvre ne réussit pas par suite d'un mouvement violent exécuté par le patient, et le corps étranger descendit le long de l'œsophage et pénétra dans l'estomac.

Le renseignement était fort précis; néanmoins je fis construire par M. Collin un instrument, espèce de sonde œsophagienne terminée à une de ses extrémités par une surface métallique relativement étendue, et à l'autre extrémité par une sorte de tambour destiné à renforcer le son. Cet instrument introduit dans l'estomac du patient permit d'avoir une notion très précise de la présence du corps étranger, et la constatation en fut faite, dans mon service de la Pitié, par de nombreux confrères.

En réalité, les accidents qu'éprouva le nommé L... furent à peu près nuls, et peu de temps après il désira quitter Paris et retourner dans son pays. Ce ne fut qu'au bout de deux années qu'il éprouva de véritables souffrances vers la fin de ses repas. Les dents de la fourchette alors que l'estomac était distendu par les aliments venaient se mettre en contact avec la paroi antérieure de

ce viscère et pouvaient être sentis, par les doigts de l'explorateur, à travers la paroi abdominale. Le patient, à ce moment-là, était obligé de se courber en avant et à gauche et n'arrivait à se redresser qu'au moment où la cavité de l'estomac était à peu près complètement vide.

Au commencement de 1876, plus de deux ans après l'ingestion du corps étranger, il revint à Paris me demander instamment de lui pratiquer une opération pour le délivrer de ses souffrances.

Pendant les mois qui avaient précédé son retour à Paris, il avait séjourné dans le service du regretté chirurgien Ollier (de Lyon) qui, après l'avoir longuement étudié, avait renoncé à toute intervention.

Je songeai d'abord à l'emploi des caustiques, mais j'y renonçai bientôt.

Cherchant dans la littérature chirurgicale s'il existait des procédés offrant quelque sécurité pour aborder la cavité de l'estomac, je n'en trouvai pas de satisfaisant, et après une série de recherches sur le cadavre je m'arrêtai au procédé dont la description va être donnée ci-dessous.

L'opération sur le nommé L... fut pratiquée (1876) en présence de mes maîtres, le professeur Gosselin et le baron Larrey, et suivie d'un plein succès. Le malade est mort en 1900, 24 ans après son opération.

Je reproduis, ici, textuellement l'article du *Précis d'opérations de chirurgie*, de M. J. Chauvel, ancien professeur de chirurgie au Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine (Paris, J. Baillière, 1877, page 579) :

« **Gastrotomie pour les corps étrangers de l'estomac. — Procédé de Labbé.** — L'estomac n'est accessible au « chirurgien que par sa face antérieure, dans un espace triangulaire à base inférieure, dont les côtés sont formés, d'une part, « par le lobe gauche du foie, et, d'autre part, par le rebord des

« fausses côtes gauches, et dont la base correspond à la grande « courbure de l'estomac. Ce qu'il importe de déterminer rigoureu- « sement, ce n'est pas jusqu'où peut descendre la grande courbure « de l'estomac, qui forme la base du triangle, mais bien jusqu'où « elle peut remonter, car, si l'on fait son incision trop bas, on « s'expose à tomber sur le côlon transverse.

« Sur le cadavre, jamais la grande courbure de l'estomac ne « remonte au delà d'une ligne transversale passant par la base des « cartilages de la neuvième côte de chaque côté; à plus forte « raison sur le vivant où l'expiration est moins forte. Comment « reconnaître ce cartilage? Il est situé, immédiatement, au-dessus « de la première dépression que l'on rencontre, en suivant, de bas « en haut, avec le doigt, le rebord des fausses côtes.

« Nouveau repère : cette dépression est limitée inférieurement « par le cartilage très mobile de la dixième côte. Celui-ci, réuni au « précédent par un ligament de 6 à 7 millimètres de hauteur, joue « à frottement, et l'on peut assez facilement déterminer sous le « doigt la production d'un bruit tout spécial.

« **Opération.** — 1° *Faire à 1 centimètre en dedans des fausses* « *côtes gauches, et parallèlement à ces dernières, une incision de* « *4 centimètres dont l'extrémité inférieure doit tomber sur une ligne* « *transversale passant par le cartilage des deux neuvièmes côtes.*

« Si l'incision ne dépasse pas 4 centimètres, on n'intéresse pas « les fibres du grand droit de l'abdomen.

« Inciser couche par couche jusqu'au péritoine pariétal. En « opérant ainsi, on arrive sur la face antérieure de l'estomac, « à l'union de ses portions cardiaque et pylorique.

« 2° Saisir avec une pince à griffes la paroi antérieure de « l'estomac, en attirer une partie au dehors, et la maintenir sur « les lèvres de la paroi abdominale en traversant ce pli par une « anse de fil.

« 3° Adossement des séreuses par des points de suture, sur « tout le pourtour de la plaie.

« 4° Ouverture de l'estomac. Recherche et extraction du corps « étranger. »

En terminant mon mémoire, je disais que probablement on pourrait utiliser avec avantage ce procédé pour établir une *bouche stomacale* et renouveler, dans de meilleures conditions, les importantes tentatives qui avaient été faites dans cette voie, notamment par Sédillot (de Strasbourg).

Peu de temps après, le professeur Verneuil recevait dans son service un jeune homme atteint d'un *rétrécissement cicatriciel de l'œsophage*.

Il songea à mettre en usage ce procédé pour établir *une bouche stomacale*, et pratiqua la *gastro-stomie* en me priant de vouloir bien l'assister dans son opération.

Les choses se passèrent de la façon la plus satisfaisante. Verneuil communiqua l'observation de son opéré à l'Académie de médecine (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1876).

Le succès de l'opération pratiquée par Verneuil fut complet, le patient en retira un véritable bénéfice; il survécut jusqu'en novembre 1877.

Verneuil dans l'observation qu'il publia dit :

« Ayant pris conseil de mon collègue à la Pitié, M. Léon Labbé, « qui voulut bien d'ailleurs me répéter les détails de la belle et « heureuse opération qu'il avait récemment exécutée sur le « fameux *jeune homme à la fourchette*, je procédai à la *gastro-stomie* « le 26 septembre, à 10 heures du matin. »

Ainsi, mon procédé de *gastrotomie* ou *taille stomacale* avait, rapidement, comme je l'avais prévu, trouvé son application à la *gastro-stomie* (*création d'une bouche stomacale*).

Quelques jours après, M. Lannelongue, chirurgien distingué de Bordeaux, obtenait également un succès; mais le malade, atteint

d'un cancer de l'œsophage, était bientôt emporté par les progrès de cette affection.

A l'étranger, plusieurs *gastro-stomies* ont été pratiquées en suivant *rigoureusement* les mêmes indications, notamment par Schoenborn (*Archiv. f. Klisnische Chirurgie von Langenbeck*, vol. XXII, fasc. I, p. 227, et fasc. II, p. 500, 1878). L'opéré était un enfant, qui a guéri.

Les progrès de l'antisepsie aidant, les opérations soit de *gastrotomie* (*taille stomacale*), soit de *gastro-stomie* (*création d'une bouche stomacale*), se sont multipliées à l'infini ; on ne les compte plus, et les succès sont devenus de plus en plus nombreux ; mais, malgré quelques légères modifications, le *procédé* que j'ai créé au commencement de l'année 1876 est resté le point de départ d'un important progrès réalisé dans la chirurgie de l'estomac.

De la ponction de la vessie à l'aide du trocart capillaire et de l'aspirateur.

(Gazette des hôpitaux, 1870.)

Dans la pratique de la chirurgie des voies urinaires, la rétention d'urine causée soit par le volume exagéré de la prostate, soit par un rétrécissement très serré de l'urètre, soit par un traumatisme de ce canal, a souvent placé les chirurgiens dans un embarras extrême et a fait naître des procédés opératoires plus ou moins difficiles à exécuter et peu anodins comme résultat : c'est le *cathétérisme forcé*, c'est la *boutonnière*, c'est la *ponction rectale* ou *sus-pubienne* ; ces dernières exécutées à l'aide de volumineux trocarts.

Les résultats obtenus par l'*aspiration* pour l'évacuation des liquides de grandes cavités telles que la plèvre, etc., pouvaient faire songer à l'emploi de ce moyen pour vider la vessie distendue par l'urine.

« Le 26 février 1870, dit le professeur Dieulafoy dans son *Traité* « *de l'aspiration des liquides morbides* (Masson, éditeur, Paris, « 1873), M. Léon Labbé appliqua le premier l'*aspiration à la réten-* « *tion d'urine*. Il s'agissait d'un vieillard à prostate volumineuse « et chez lequel plusieurs tentatives de cathétérisme avaient « échoué. M. Labbé plongea dans la vessie l'aiguille n° 2 et fit l'as- « piration de l'urine; les accidents furent aussitôt conjurés et le « malade guérit. »

Le 10 août 1871, le professeur Guyon (Thèse de son élève Watelet, Paris, 1871), dans son service à l'hôpital Necker, apportait, à ce procédé, l'appui de sa grande autorité dans la chirurgie des voies urinaires. Chez son malade, M. Guyon fit 25 aspirations successives. Ce procédé permet, en effet, de renouveler la ponction un grand nombre de fois et sans inconvénient.

J'ai toujours présente à l'esprit l'histoire d'un confrère chez lequel le canal de l'urètre et les corps caverneux avaient été rompus. Une hémorragie d'une abondance extrême était survenue. Le professeur Guyon voulut bien examiner avec moi le blessé, et il fut convenu que les ponctions seraient répétées matin et soir jusqu'au moment où il serait vraisemblable que le canal de l'urètre serait cicatrisé. *Pendant onze jours la vessie fut vidée matin et soir*, à l'aide de l'aspiration, et la guérison complète survint sans encombre.

Bientôt d'autres observations de Labbé, de Guyon, de Cusco, de Lannelongue et de plusieurs chirurgiens furent publiées, et le procédé ne tarda pas à devenir classique.

On peut affirmer que la *ponction aspiratrice* de la vessie a rendu et rendra dans l'avenir les plus grands services. Elle permet de remédier, en toute sécurité, à des accidents qu'il était jadis difficile de combattre efficacement. Elle donne, en quelque sorte, le temps aux accidents qui ont été l'occasion de la rétention d'urine de disparaître, ou tout au moins d'être modifiés dans une proportion considérable.

En 1873, M. Dieulafoy disait : « L'*innocuité* de cette opération ne

« nous paraît pas difficile à établir; elle s'impose forcément, « puisque, sur 96 ponctions de la vessie, il n'y a pas eu un seul « accident à signaler. »

Depuis l'époque où M. Dieulafoy parlait ainsi, des milliers de ponctions aspiratrices de la vessie ont été pratiquées, et toujours avec le même succès.

En 1874, au Congrès médical de Birmingham, j'ai lu, sur ce sujet, un mémoire qui a été reproduit en entier dans le *Praticioner medical* publié par le docteur Auster (Londres, 1874).

Dans son *Histoire de la Chirurgie*, parue en 1875 (J.-B. Baillière, Paris, 1875), Jules Rochard s'exprime ainsi : « Léon Labbé eut recours à la ponction aspiratrice dans un cas de rétention d'urine, et cette application, l'une des plus heureuses de la méthode, s'est immédiatement vulgarisée. »

Épanchements traumatiques de sang dans les articulations. Évacuation du liquide à l'aide du bistouri et plus tard à l'aide de la ponction aspiratrice.

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1875, et Thèse de Eugène Troncin, 1875.)

La terreur inspirée, jadis, aux chirurgiens, par l'ouverture de la grande séreuse abdominale, s'étendait également aux séreuses articulaires, et les exemples nombreux de suppuration à la suite des plaies des articulations et de mort consécutive à cette suppuration, n'étaient pas faits pour les rassurer.

Dès l'année 1866, je m'attaquais, hardiment, aux grands épanchements sanguins de l'articulation du genou, consécutifs à une simple contusion, à une entorse du genou, ou accompagnés d'une fracture de la rotule.

Ayant soin de *laver la région à l'eau tiède*, je faisais, sur la partie latérale du genou, une incision avec le bistouri, et, par des pres-

sions méthodiques exercées sur toute la région, j'évacuais le contenu de l'articulation, soit qu'il fût à l'état liquide, soit qu'il se présentât, comme dans quelques cas d'épanchements anciens, sous la forme de véritable résiné.

L'évacuation du liquide obtenue, la plaie était immédiatement *fermée à l'aide d'une couche de collodion élastique, et le membre immobilisé.*

Quelques années après, j'appliquai à l'évacuation des collections sanguines récentes l'*aspiration* à l'aide de l'aspirateur de Dieulafoy.

Le résultat de ces opérations fut absolument satisfaisant. Cependant, dans une discussion à la Société de chirurgie (1875), cette façon de faire fut incriminée, et l'on apporta des observations de suppuration du genou à la suite de la ponction.

Il fut facile de démontrer que ce résultat fâcheux était uniquement dû à l'impéritie d'opérateurs qui n'avaient pas pris les *soins de propreté nécessaires.*

Les faits ultérieurs ont démontré le bien-fondé de cette interprétation.

Ce procédé de l'évacuation des liquides articulaires par *la ponction aspiratrice* est entré dans la pratique courante, et, depuis que les notions d'antisepsie ou d'asepsie ont été adoptées sans réserve, jamais un seul accident n'a été observé.

Or cette pratique chirurgicale est de la plus haute importance, elle remédie à des accidents contre lesquels tout autre mode de traitement est impuissant.

Aujourd'hui, grâce à l'antisepsie, les chirurgiens ouvrent les articulations avec la plus grande hardiesse et avec sécurité.

Il y a environ quarante ans, il a pu y avoir quelque mérite à pratiquer avec succès des interventions devenues aujourd'hui banales, grâce à la révolution chirurgicale opérée depuis cette époque lointaine.

Résection de la moitié du maxillaire inférieur, comme opération préliminaire, dans certains cas d'épithélioma de la bouche. Procédé nouveau.

(Bulletin de l'Académie de médecine, 1882.)

Lorsque je fis une communication sur ce sujet à l'Académie de médecine, je présentai un malade qui avait subi cette opération et auquel j'avais enlevé *un épithélioma occupant l'amygdale gauche, le voile du palais, la partie correspondante du pharynx, une portion de la langue et du plancher de la bouche.* En présence d'une pareille étendue du mal, on peut se demander si une opération est justifiée. Il est permis, dans un certain nombre de cas, de répondre affirmativement, car quelques maladés éprouvent de telles douleurs qu'ils supplient le chirurgien d'intervenir, et cette intervention, si elle ne met pas à l'abri de la récidive, supprime le *symptôme douleur* et rend par conséquent un véritable service.

Mais pour *agir utilement* il faut pouvoir atteindre le mal dans toute son étendue, il faut ouvrir une large porte.

C'est dans ce but que j'ai *proposé* et *exécuté*, plusieurs fois avec succès, la *résection de la moitié du maxillaire inférieur* comme *opération préliminaire.*

Cette pratique a été suivie, depuis cette époque, par plusieurs chirurgiens en France et à l'étranger.

Étant donnés les progrès de la prothèse chirurgicale, les inconvénients de cette opération préliminaire sont loin d'être aussi graves que l'on pourrait le supposer.

Les lavages antiseptiques faits avec soin, l'emploi du tube de Faucher pour l'alimentation artificielle pendant les jours qui suivent l'intervention, permettent de mener à bien ces opérations qui sembleraient pouvoir prêter à la critique, si elles n'étaient pas

exécutées dans des cas où il y a un véritable devoir d'humanité à remplir.

J'ai assisté au suicide de deux malades atteints de lésions de cette nature auxquels l'intervention chirurgicale avait été refusée.

De l'emploi systématique du fer rouge dans les inflammations diffuses du tissu cellulaire.

(British medical, T. I, 1879.)

A l'époque où les complications chirurgicales si fréquentes étaient l'objet des préoccupations des chirurgiens, j'ai, pendant de longues années, eu recours, d'une façon systématique, à *l'emploi du fer rouge*.

Cette pratique m'a donné des *résultats extraordinaires*, dans tous les cas, même les plus étendus, *d'inflammations diffuses* du tissu cellulaire (phlegmon diffus). Cette manière d'agir a fait, pendant longtemps, école parmi mes anciens élèves.

Il ne s'agissait pas, bien entendu, de *cautérisations superficielles*, mais bien de *destructions* (à l'aide du fer rouge employé sous toutes ses formes) *profondes et quelquefois totales* des tissus sphacélés et infectés.

L'action du feu ne devait cesser qu'au moment où dans toutes les directions on avait *dépassé les tissus malades et momifié ceux-ci dans toute leur épaisseur*.

Depuis l'application rigoureuse de l'antisepsie, les occasions de recourir à ce moyen si souvent héroïque ont presque complètement disparu.

Mémoire sur l'emploi des lavages phéniqués intra-articulaires dans l'hydarthrose chronique.

(Bulletin de l'Académie de médecine, 1884.)

Depuis fort longtemps les chirurgiens ont cherché à modifier par des injections irritantes les articulations atteintes d'*hydarthrose chronique.*

Velpeau, Bonnet, de Lyon, ont employé les injections iodées; de nombreux chirurgiens suivirent cet exemple, mais Gosselin cita deux cas suivis de suppuration de l'articulation ayant entraîné la mort.

Moi-même j'ai injecté trois articulations atteintes d'hydarthrose chronique avec la teinture d'iode. Je n'ai pas eu d'accidents, mais l'amélioration a été insignifiante.

Depuis quelques années, j'ai recours à une méthode mise en usage pour la première fois par le chirurgien allemand Schede.

J'ai appliqué cette méthode uniquement aux *hydarthroses chroniques*, à ces hydarthroses *rebelles* qui font le désespoir des malades et des chirurgiens. Les résultats que j'ai obtenus, comme d'ailleurs ceux qu'ont obtenus plusieurs chirurgiens, et notamment J. Baeckel, de Strasbourg, sont *tout à fait satisfaisants*. Un de mes malades avait une hydarthrose qui avait résisté à tous les traitements depuis sept années.

La ponction doit être faite avec un trocart assez volumineux et le lavage doit être répété jusqu'à ce que le liquide de l'injection ressorte parfaitement clair. On peut injecter la solution phéniquée à 3 ou à 5 pour 100. La plaie fermée à l'aide de la baudruche collodionnée, le membre doit être maintenu dans l'immobilité complète. Les précautions antiseptiques les plus minutieuses doivent être prises.

Conclusions : 1° le lavage des articulations atteintes d'*hydarthroses chroniques*, à l'aide des solutions phéniquées à 3 et à 5 pour 100, présente une *innocuité complète*;

2° L'*efficacité* de ce traitement pour amener *la guérison définitive* d'une affection habituellement très rebelle est tout à fait remarquable.

Extirpation complète du larynx.

(Bulletin de l'Académie de médecine, 1885.)

Le premier, en France, *j'ai pratiqué l'extirpation complète du larynx*.

Cette opération, née en Allemagne, n'avait jamais été pratiquée en France, lorsque je présentai, le 24 mars 1885, à mes collègues de l'Académie de médecine un malade qui avait été soumis, avec succès, à cette intervention chirurgicale.

Il s'agissait d'un homme de 59 ans, atteint depuis quatre ans de troubles du côté du larynx.

En décembre 1884 il fut examiné par le Dr Cadier. A cette époque, l'*aphonie* était complète depuis trois mois, et *la dyspnée*, qui avait commencé au mois de septembre, s'accentuait de plus en plus. Il existait un peu de *cornage* et la respiration était fort anxieuse.

L'examen laryngoscopique permit de voir que toute la portion sus-glottique du larynx était remplie par une tumeur bosselée, bilobée, paraissant implantée sur la bande ventriculaire gauche. Cette tumeur, de forme ovoïde, mesurait un diamètre antéro-postérieur de 2 centimètres 1/2 sur 2 centimètres de large.

M. Cadier diagnostiqua une *tumeur épithéliale* et conseilla la *trachéotomie* comme *opération préalable*, puis l'*extirpation par les voies naturelles*.

La trachéotomie fut pratiquée par lui le 20 janvier 1885.

A la suite de diverses péripéties, un nouvel examen laryngoscopique démontra que le volume de la tumeur était beaucoup plus considérable, et que l'*extirpation par les voies naturelles* était devenue *impossible.*

Je vois le malade pour la première fois le 28 février. Son état a beaucoup empiré, et il demande instamment une opération. Je propose l'*extirpation totale du larynx.*

L'opération fut pratiquée le 7 mars. Je ne puis entrer ici dans les détails de l'opération ; je donnerai seulement quelques rapides indications.

Le malade fut endormi en plaçant la compresse imbibée de chloroforme *au niveau de la canule trachéale.*

Avant de l'endormir, nous avions dû substituer à la canule trachéale ordinaire la canule à tamponnement de Treudelenburg, dans le but d'opposer une barrière infranchissable à l'écoulement de sang qui aurait lieu dans la trachée et pourrait menacer, presque immédiatement, la vie de l'opéré.

Le larynx fut enlevé de *bas en haut* après *sectionnement préalable, non de la trachée dans toute son épaisseur,* comme cela a lieu habituellement, mais *du cartilage cricoïde.*

Ce fait que la section avait pu porter sur le cartilage cricoïde était favorable, parce que la partie supérieure de la trachée était restée adhérente à une portion de ce cartilage parfaitement saine. C'était une circonstance heureuse pour l'avenir (et les faits ont donné raison à cette prévision), car la partie supérieure de l'orifice trachéal restait largement béant, ce qui pouvait faciliter l'application d'un *larynx artificiel.*

L'examen anatomique a donné le résultat suivant : la tumeur appartient à la variété désignée *: sarcome à cellules fusiformes* (tumeur fibro-plastique de Robin), ou *sarcome fasciculé* de Ranvier.

Pendant toute l'opération le *couteau galvano-caustique* a été substitué au *bistouri.* Cette pratique offre, à mon avis, un grand

avantage au point de vue des hémorragies, qui dans quelques opérations ont présenté un caractère de gravité exceptionnelle.

Quelques semaines plus tard, le malade a été de nouveau conduit à l'Académie. Il portait un *larynx artificiel lui permettant de parler très nettement*, mais un peu avec une *voix de polichinelle*. Un grand nombre de mes collègues de l'Académie voulurent bien l'examiner et constater le résultat obtenu.

Depuis cette époque j'ai pratiqué *trois* fois *l'extirpation totale du larynx*. Deux de mes opérés ont guéri. Le troisième a succombé, et il est peut-être permis d'attribuer sa mort à une faute commise par la personne chargée de le veiller. Dans les jours qui suivent l'opération, la canule doit être très fréquemment nettoyée; chez ce dernier opéré la canule ne fut pas (par incurie) nettoyée pendant toute une nuit; elle s'engorgea, et le matin, quand je vis l'opéré, il asphyxiait. La canule retirée, la respiration se rétablit, mais il survint une pneumonie infectieuse qui emporta le malade.

En 1887, une discussion eut lieu à l'Académie de médecine à l'occasion de la présentation d'un malade auquel on avait pratiqué la *trachéotomie préventive* dans un cas de tumeur grave du larynx.

Plusieurs chirurgiens, Richet, Verneuil, M. Tillaux, soutinrent qu'il était préférable de s'en tenir *à cette opération palliative* plutôt que d'avoir recours *à l'extirpation complète du larynx*.

Je combattis de toutes mes forces cette manière de voir, et les faits favorables qui se sont multipliés *démontrent surabondamment* que *l'extirpation totale du larynx constitue une opération qui doit être conservée* et mérite la faveur des chirurgiens.

Maladies chirurgicales de la femme.

Observations et réflexions pour servir à l'histoire de l'ovariotomie. Kystes multiloculaires de l'ovaire.

(Gazette hebdomadaire, 1865 et 1867.)

A. — Plusieurs observations de cette nature furent publiées à cette époque.

B. — J'ai entrepris et exécuté avec le professeur Gosselin *des expériences sur les animaux* dans le but de déterminer *le meilleur mode de suture de la paroi abdominale*, après l'opération de l'ovariotomie, et le rôle que l'épiploon peut jouer dans la production des adhérences qui facilitent la réunion de cette paroi.

J'ai mis à profit le *résultat de ces expériences* dans les leçons que j'ai publiées sur les kystes de l'ovaire.

Le très grand nombre d'opérations d'ovariotomie que j'ai pratiquées depuis cette époque m'a conduit à étudier très complètement cette question.

C. — En 1869 j'ai fait faire par un de mes élèves, M. Nardou-Durosier, une thèse sur la *péritonite après l'ovariotomie*, dont les principales conclusions furent les suivantes :

1° La péritonite se développant après l'ovariotomie a une forme toute particulière. Nous l'appellerons *péritonite à forme latente.*

2° Plusieurs des symptômes de la péritonite aiguë font souvent défaut, et surtout la *douleur*.

3° La *tympanite* est un des premiers symptômes.

4° La marche est rapide et l'affection est des plus graves.

Leçons de clinique chirurgicale, par le Dr Léon Labbé.

(Un volume in-8°, 742 pages, avec une planche, 1876.)

Ces leçons ont été faites à l'hôpital des Cliniques, à l'éqoque où je remplaçais le professeur Richet.

Les principaux sujets traités dans ces leçons sont les suivants :

L'urétrotomie externe, l'urétrotomie interne; les hémorroïdes; le diagnostic des tumeurs des bourses; les fistules vésico-vaginales; certaines parties de l'histoire des pieds bots; les grenouillettes; les tumeurs érectiles; les goitres.

Je *signale particulièrement* les chapitres relatifs *aux kystes de l'ovaire* dans lesquels cette question a été étudiée avec de plus grands développements.

De la valeur du drainage péritonéo-abdominal dans l'ovariotomie.

(Bulletin de l'Académie de médecine, 1880.)

Dans ce mémoire j'apportai plusieurs observations fort démonstratives en faveur de l'utilité du *drainage péritonéo-abdominal* dans certaines catégories d'ovariotomies.

Dans mes leçons de *clinique chirurgicale* publiées en 1876, j'insistais sur ce point que de toutes les causes de mort après l'ovariotomie, les plus fréquentes étaient sans contredit la *septicémie* et la *péritonite*.

La première de ces complications, qui est de beaucoup la plus grave, est due à la rétention de matières putréfiées dans la cavité abdominale. Ces matières sont habituellement de la sérosité ou

du sang introduit dans le péritoine, soit pendant le cours de l'opération, soit pendant les quelques heures qui l'ont suivie. L'épanchement de sérosité est quelquefois considérable dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération.

Cette opinion, que j'exprimais à cette époque, sur la *gravité de la septicémie* causée par la rétention des liquides dans la cavité abdominale, s'est encore fortifiée par la pratique des nombreuses opérations d'ovariotomie que j'ai exécutées depuis.

A l'appui de cette manière de voir, je citerai quelques faits tout à fait démonstratifs.

Observation I. — Mme X..., âgée de 44 ans (février 1879). Adhérences, présence de liquide ascitique. Au bout de 24 heures, élévation de la température, pas de vomissements, le ventre n'est pas distendu et présente une souplesse relative (pas de symptômes de péritonite). La température oscille autour de 39 degrés. La malade s'affaiblit peu à peu et succombe le sixième jour.

L'autopsie fut autorisée.

On trouva dans le petit bassin un litre environ d'un liquide séro-sanguinolent brunâtre et présentant des caractères *franchement septiques.*

Cette accumulation provenait évidemment du liquide ascitique qui s'était reformé après l'opération et du suintement résultant de la déchirure de quelques adhérences.

La malade avait succombé à la septicémie.

Cette observation, jointe à quelques faits de ma pratique antérieure, me fit songer de nouveau à l'emploi du *drainage préventif* auquel j'avais eu recours autrefois (avant la méthode antiseptique), mais qui ne m'avait pas complètement satisfait.

Observation II. — Mme X..., âgée de 35 ans (juin 1879). Très nombreuses adhérences; hémorragie en nappe difficile à arrêter complètement; épanchement ascitique assez prononcé. Un gros tube à drainage d'environ 25 centimètres de longueur et de 8 millimètres de diamètre est placé dans l'angle inférieur de la plaie jusque dans le cul-de-sac rétro-utérin. La méthode de Lister fut rigoureusement appliquée pendant l'opération et le pansement.

Le lendemain matin, les pièces nombreuses qui constituaient le pansement étaient toutes traversées par un liquide séro-sanguinolent. Le tube fut raccourci.

Le deuxième jour, quantité considérable de liquide. Le troisième jour : quantité encore appréciable de liquide, mais le tube a été rejeté au dehors.

La malade guérit rapidement et sans incident.

Observation III. — Mme X..., âgée de 52 ans (avril 1881). Grand kyste para-ovarien. Adhérences nombreuses et très étendues nécessitant la déchirure de petits vaisseaux. Quarante ligatures perdues sont laissées dans le ventre et cependant il est évident que l'on n'a pu se rendre complètement maître du suintement sanguin.

Long drain placé jusque dans le cul-de-sac rétro-utérin. Pansement de Lister fait avec le plus grand soin.

L'opération avait été terminée à 11 heures et demie du matin. Le soir à 6 heures, toutes les pièces très épaisses du pansement étaient traversées par un *liquide séro-sanguinolent.* Le pansement doit être renouvelé. Le lendemain matin, nouvelle quantité abondante de liquide. L'écoulement persista *trois* jours et la quantité de liquide écoulé put être évaluée à *un litre.* Le quatrième jour, le tube, qui avait été successivement raccourci, avait été expulsé spontanément.

La guérison eut lieu sans le moindre accident.

Observation IV. — Mme X..., âgée de 54 ans (mai 1880). Kyste para-ovarien volumineux, complètement englobé par l'intestin, l'épiploon et le mésentère; adhérences des plus étendues. Le décollement de ces adhérences nécessite environ une heure un quart de manœuvres. Des ligatures très nombreuses furent laissées dans l'abdomen. Suintement sanguin considérable.

Un gros tube fut placé jusque dans le cul-de-sac postérieur. Pansement de Lister. L'opération avait duré 2 heures et demie.

L'opération avait été terminée à midi. Le soir à 6 heures, les pièces de pansement étaient traversées par un liquide séro-sanguinolent d'une couleur très foncée. L'écoulement fut tellement abondant pendant les trois jours qui suivirent l'opération que l'on peut, sans exagération, l'évaluer à 1500 grammes.

Le tube, raccourci peu à peu, fut expulsé le quatrième jour, et la *guérison* eut lieu sans complications.

Sans aucun doute, les grandes quantités de liquide qui, dans les cas que nous venons de rapporter, ont été rejetées à l'extérieur, eussent séjourné dans le petit bassin et eussent donné lieu à des *phénomènes de septicémie* analogues à ceux que j'ai signalés dans ma première observation.

Le drainage correspondait donc, ici, à une indication pressante : celle de donner issue aux liquides contenus dans le péritoine.

Il faut ajouter que, pratiqué dans les nouvelles conditions où nous place le pansement de Lister, il remplissait cette indication majeure sans exposer à aucun des inconvénients que l'on pouvait redouter avant l'emploi de la méthode antiseptique.

Pour pratiquer ce *drainage*, je me servais de tubes en caoutchouc rouge d'un calibre relativement fort, 8 millimètres. Les parois du tube devaient être épaisses et assez résistantes pour que leur lumière ne pût être effacée. Ces tubes devaient avoir séjourné longtemps, dans une solution phéniquée au 20°.

Les *conclusions* que je tirai de ces observations et de ces réflexions furent les suivantes :

Il faut, à la suite de l'ovariotomie, *pratiquer le drainage-péritonéo-abdominal* dans deux conditions principales :

1° Lorsqu'il existe, concurremment avec un kyste de l'ovaire, une *ascite* dont on a lieu de craindre la *reproduction*;

2° Lorsqu'il existe des *adhérences assez étendues* que l'on ne peut rompre qu'en produisant des *déchirures* donnant nécessairement lieu à un *suintement séro-sanguinolent* consécutif et toujours abondant.

J'ajoutai, à cette époque, qu'en présence de l'innocuité acquise par le drainage depuis sa combinaison avec la méthode antiseptique employée dans toute sa rigueur, il y avait lieu d'en généraliser l'emploi toutes les fois qu'on n'était pas absolument certain de sécher la cavité abdominale.

Depuis 1880, la chirurgie abdominale a réalisé d'incessants progrès. Un des plus importants a été, précisément, *la généralition, sous diverses formes, du drainage à l'aide des gazes antiseptiques seules ou associées aux tubes de caoutchouc*, et cette pratique n'a pas peu contribué à favoriser et à justifier des hardiesses chirurgicales presque inattendues.

Note sur la réduction du pédicule dans l'ovariotomie.

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1879.)

Jusque vers 1879, les chirurgiens français avaient encore l'habitude de *maintenir au dehors le pédicule du kyste* dans l'ovariotomie, et moi-même je suivais cette pratique.

A la suite d'un voyage à l'étranger, convaincu de l'*innocuité* et *de la supériorité* de la *réduction du pédicule*, je publiai une note à ce sujet pour défendre cette dernière méthode.

Note relative à une modification apportée dans le manuel opératoire de l'hystérectomie abdominale appliquée aux tumeurs fibreuses de l'utérus. Exsanguification de la tumeur.

(Bulletin de l'Académie de médecine, 1880.)

Tous les chirurgiens admettent qu'un des facteurs les plus importants dont il faut tenir compte dans les grands traumatismes chirurgicaux est la *perte plus ou moins considérable de sang* éprouvée par le patient.

Nous savons tous qu'en enlevant un membre ou une tumeur volumineuse, on prive le malade d'une grande quantité du fluide sangum emprunté à son propre organisme.

Ce qui est vrai pour l'amputation d'un membre l'est, à plus forte raison, pour l'ablation de ces néoplasmes volumineux dans lesquels il existe, toujours, un développement considérable des vaisseaux. Notons en outre que, dans un grand nombre de ces cas, les femmes qui subissent ces opérations, sont déjà plus ou moins exsangues par suite des hémorragies qui accompagnent, si souvent, ces sortes de tumeurs.

J'ai pensé que l'on pourrait appliquer sur ces grosses tumeurs la bande élastique d'Esmarch pour refouler dans la circulation générale le sang contenu dans leur intérieur, et *pratiquer* ainsi *une sorte de transfusion préventive*.

J'appliquai ce procédé avec un véritable avantage, et je pus constater, après l'extirpation de ces tumeurs, la vacuité des gros vaisseaux veineux contenus dans leur épaisseur.

J'arrivai à ces conclusions :

1° Il y a un avantage réel dans les opérations de fibro-myomes volumineux enlevés par la laparotomie, à restituer à la circulation générale de la malade la quantité toujours abondante de sang contenue dans ces tumeurs.

2° Cette *exsanguification* peut être obtenue d'une façon complète en appliquant sur la tumeur la bande d'Esmarch ou toute autre bande douée de propriétés élastiques.

Du traitement des polypes fibreux utérins.

(Bulletin de l'Académie de médecine, 1881.)

Je m'efforçai de démontrer la supériorité de l'usage de l'*anse galvano-caustique* dans le traitement de certaines formes de *polypes utérins à large implantation*, entraînant parfois le renversement du fond de l'utérus. — J'avais pour but de prouver la supériorité, dans ces cas, de l'*anse galvano-caustique* sur l'*écraseur linéaire*, en essayant de faire voir qu'avec le premier instrument, outre l'avantage d'une hémostase parfaite, on avait celui d'opérer la section sur le point même où l'on plaçait l'anse métallique, sans s'exposer à entraîner le fond de l'utérus et à en déterminer l'ouverture, comme cela a été observé plusieurs fois à la suite de l'emploi de l'écraseur linéaire.

Du traitement des tumeurs épithéliales du col de l'utérus par l'emploi de l'anse galvano-caustique.

(Mémoire avec figures intercalées dans le texte. Archives de gynécologie, 1874.)

Dans ce mémoire, mon but n'a pas été de présenter un *nouveau moyen de cure radicale*, mais d'appuyer, à l'aide d'observations très démonstratives, sur la valeur d'un *mode de traitement* qui m'a toujours paru *de beaucoup le meilleur*.

J'ai essayé de bien mettre en lumière le mode opératoire permettant le mieux, à mon avis, de *circonscrire le mal en entier* lorsqu'il en est temps encore, ou de *diminuer instantanément son volume* lorsque, déjà, son étendue nous enlève l'espoir de pouvoir le détruire complètement.

Quelques réflexions au sujet du traitement des fistules génito-urinaires chez la femme.

(Thèse de doctorat, 1861, in-4 de 52 pages.)

Traité des fibromes de la paroi abdominale.

(Un volume in-8, 360 pages, avec 4 figures dans le texte, 1888.)

Les *vrais fibromes* de la paroi abdominale *appartiennent presque exclusivement, peut-être même exclusivement à la femme.*

Le hasard m'ayant permis d'observer, en quelques années, un grand nombre de *fibromes de la paroi abdominale* (affection relativement rare), je fus frappé de ce fait qu'il n'existait aucun travail d'ensemble sur ce sujet intéressant de chirurgie.

C'est alors que je résolus d'écrire la monographie de ces tumeurs. Je m'associai pour ce travail mon assistant, M. Remy, agrégé de la Faculté de médecine, qui avait suivi avec moi tous mes opérés.

L'histoire de ces singulières tumeurs qui, quoique situées en dehors de la cavité abdominale, ont assez souvent été prises pour des tumeurs renfermées dans cette cavité, ne remonte guère qu'à 1850.

De 1850 à 1860 quelques observations éparses ont été publiées.

A partir de 1860 on commença à rapprocher et à comparer ces diverses observations, et à en *déduire l'existence d'une affection particulière non classée jusqu'alors.*

Huguier, puis son élève Bodin (1860 et 1864), donnèrent les premiers une description générale de ces tumeurs; puis, à l'étranger, Cornils, en 1865, et Buntzen, en 1868, écrivirent sur ce sujet.

En 1875 parut un mémoire important du professeur Guyon sur l'ensemble des fibromes des diverses régions du corps. M. Guyon démontre que partout : au ventre, au dos, à la nuque, les *tissus aponévrotiques* et *non les os* sont le point de départ de ces productions.

En résumé de l'étude de tous les faits publiés en France et à l'étranger on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe dans la paroi abdominale une espèce particulière de tumeurs dites *fibromes de la paroi abdominale*, tumeurs pouvant atteindre, parfois, un volume considérable et simuler les grosses *tumeurs fibreuses utérines.*

2° Ces tumeurs sont *essentiellement bénignes*. Elles sont *encapsulées* et présentent ainsi un des caractères les plus nets de la *bénignité.*

Leur *généralisation* n'a jamais été observée, et les ganglions lymphatiques voisins ne sont jamais envahis.

3° Pendant longtemps on a pensé qu'elles étaient reliées par un *pédicule* aux points plus ou moins rapprochés du squelette.

Il y avait là une erreur d'interprétation, car elles prennent toujours *naissance dans les tissus aponévrotiques*. Ce qui a pu faire songer à l'existence d'un pédicule primitif, d'un *pédicule nourricier* en quelque sorte, c'est ce fait qu'il s'établit quelquefois des *adhérences secondaires* au voisinage du squelette.

4° La *mobilité* de ces tumeurs quand la paroi abdominale est dans le relâchement, et leur *immobilité* plus ou moins complète lorsque l'on fait contracter les muscles de cette paroi, constituent un des meilleurs signes diagnostiques de ces tumeurs.

5° Leur pronostic est éminemment favorable. Il s'est modifié encore, dans ce sens, depuis l'apparition de la méthode antiseptique.

6° En effet, malgré les succès nombreux qui ont suivi les opérations pratiquées pour enlever ces tumeurs, *même avant la période antiseptique*, quelques chirurgiens avaient éprouvé des revers, et avaient *conseillé l'abstention*; mais aujourd'hui plus que jamais l'indication chirurgicale se présente avec un grand caractère de netteté : *toutes ces tumeurs doivent être traitées par l'extirpation*.

Traité des Tumeurs bénignes du sein.

(Un volume in-8, 600 pages, avec 2 planches en couleur et 52 figures dans le texte, 1876.)

Élève de Velpeau, j'ai, au début de mes études, eu l'occasion d'observer un grand nombre de tumeurs du sein, et dès 1860, pendant ma dernière année d'internat, j'ai conçu l'idée de cet ouvrage.

Pendant de longues années, j'ai réuni des matériaux sur ce point de chirurgie. En 1871, je me suis associé un de mes élèves, M. le Dr Coyne, aujourd'hui professeur à la Faculté de Bordeaux, et de 1870 à 1876 nous avons recueilli ensemble un grand

nombre de faits dont l'examen clinique et anatomo-pathologique a été fait avec une unité complète de direction.

C'est à l'aide d'observations nouvelles, et pour une très grande partie personnelles, que notre livre a été composé.

Nous avons limité notre sujet à l'étude des *tumeurs bénignes du sein*, laissant de côté, à dessein, les *maladies inflammatoires* de cet organe et les *tumeurs cancéreuses* qu'on y observe en si grand nombre.

Dans le livre magistral de Velpeau, la question des *tumeurs cancéreuses* était traitée avec les plus larges développements.

La partie la plus incomplète du livre de notre maître, qui, d'ailleurs, ne pouvait plus se trouver au niveau de la science, c'était celle relative aux *tumeurs non cancéreuses*.

Et cependant, nous n'avons pu laisser de côté certains points de l'histoire des tumeurs cancéreuses du sein. Tant au point de vue de l'anatomie pathologique qu'à celui du diagnostic, nous avons dû indiquer avec soin les caractères qui différencient *certaines tumeurs placées à la limite des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes*.

Nous pensons avoir, sous ce rapport, mis en lumière *des points de vue* présentant une *certaine originalité* et pouvant avoir, dans la pratique, une haute importance, en ce qui concerne la *thérapeutique de ces affections si fréquentes et si dignes de nos préoccupations*.

Nous avons adopté le terme de *tumeurs bénignes*, sans y attacher une importance particulière. Dans le langage scientifique on doit, parfois, employer des termes de convention, sur lesquels tout le monde puisse s'entendre après explication. Lorsque l'on est dans l'impossibilité d'employer une dénomination irréprochable, il est préférable de choisir une expression vague qui n'entraîne, à sa suite, aucune conséquence doctrinale.

Le nom d'*adénome*, qui était le dernier terme scientifique adopté, avait l'inconvénient de supposer comme absolument démontrée la

nature intime des tumeurs dont nous nous occupons et de réduire à l'*unité* des choses en réalité *multiples*; c'est pour cette raison que nous ne l'avons pas admis. Celui d'*adénoïde*, créé par Velpeau, était à la rigueur plus acceptable, à cause même de son défaut de précision.

Il est, aujourd'hui, absolument certain que si les diverses variétés de néoplasmes que nous désignons sous le nom de *tumeurs bénignes du sein* offrent *plusieurs caractères communs* qui permettent de les réunir dans un même cadre, elles présentent, cependant, des *différences assez tranchées* pour qu'on puisse, déjà, leur assigner une existence indépendante.

Les efforts les plus grands devaient être tentés pour séparer dans nos descriptions ce que la nature elle-même sépare. Dans le courant de notre travail, nous avons été constamment guidés par cette préoccupation. Nous espérons avoir pu, à ce sujet, apporter un certain nombre de documents nouveaux et *mettre en lumière quelques-uns des éléments* qui permettent, *au point de vue clinique, de différencier plusieurs des variétés de tumeurs bénignes*.

Rien n'est absolument tranché dans la nature, et entre ce que l'on peut, à bon droit, appeler les *tumeurs bénignes* et celles qui se rapprochent des *tumeurs malignes*, il y a des degrés. Mais pour *toutes les tumeurs bénignes* nous trouvons *un caractère commun : elles sont limitées par une capsule fibreuse* dont le mode de formation nous est expliqué par la *constitution anatomique de la mamelle*, et par le point de *départ du processus morbide*. Ces tumeurs tirent en effet leur *origine d'une modification des parties qui composent le lobule primitif de la glande mammaire*.

Nous avons la conviction que si nous donnons, dans cette étude, des résultats plus complets que ceux qui ont été fournis jusqu'à ce jour, c'est que, grâce au grand nombre de pièces anatomo-pathologiques que nous avons eues entre les mains, nous avons pu étudier les *diverses lésions* réunies sous le nom de *tumeurs bénignes du sein depuis leur origine jusqu'à leur développement ultime*.

Cette étude nous a permis de comprendre comment des faits, d'ailleurs simples, mais observés seulement à une *période de leur évolution*, ont donné lieu à une *interprétation fausse* de la part d'observateurs sagaces, interprétation qu'ils n'eussent pas songé à produire s'ils avaient suivi l'évolution de la maladie.

Cette notion de l'évolution du processus morbide a une importance capitale ; elle seule permet d'obtenir des résultats certains.

La loi qui doit régir les études d'anatomie pathologique n'est pas différente de celle qui, défendue avec tant de persistance, surtout par Charles Robin, a donné de si beaux résultats dans les *recherches d'anatomie normale, dans lesquelles l'étude histologique de l'embryon pris pour point de départ a permis de suivre pas à pas l'évolution des éléments et des tissus.*

De tout temps les chirurgiens avaient été frappés de la marche différente de certaines tumeurs du sein, et cependant on n'avait pas cherché à expliquer comment après l'opération *quelques-unes de ces tumeurs guérissaient définitivement* tandis que d'*autres repullulaient* et même se *généralisaient rapidement*, et l'on *admettait volontiers la curabilité du cancer* lorsque l'opération avait été faite largement et de bonne heure. Cette dernière condition n'était même pas nécessaire, puisque dans les anciens auteurs on trouve des observations de faits considérés comme des *cancers ulcérés* et n'ayant jamais récidivé (à cette époque toute tumeur qui s'*ulcérait* était considérée comme un *cancer*[1]).

Dans une *période purement clinique* et débutant avec Astley Cooper on a déterminé l'existence dans le sein d'une variété de tumeurs relativement bénignes et se différenciant du cancer. Les

1. On connait aujourd'hui, et nous en avons publié un bel exemple dans ce volume, des cas de gangrène de tumeurs bénignes, d'élimination spontanée de ces tumeurs sans qu'il y ait eu aucun retentissement sur le système lymphatique, sans qu'il se soit produit de généralisation. — Ce sont des cas de cette nature qui ont *servi de réclame aux prétendus guérisseurs de cancer.*

caractères *anatomiques accessibles aux moyens d'investigation* en usage à l'époque de ces recherches sont notés.

Plus tard, dans une *période plus scientifique*, des recherches nouvelles furent entreprises, mais leur point de départ fut erroné. Ce fut l'époque de la doctrine de l'*élément spécifique*.

Enfin Billroth, de Vienne, fit des efforts pour rapprocher étroitement l'étude *anatomo-pathologique de l'étude clinique*, sans y réussir complètement, faute de documents suffisants.

C'est dans cette voie féconde que nous essayâmes de marcher résolument.

Ne pouvant entrer dans de plus grands développements, nous donnons sous forme de conclusions le résultat de nos recherches sur les tumeurs bénignes du sein :

1° Il existe dans le sein un groupe de tumeurs que l'on peut désigner sous le nom de *tumeurs bénignes*. Le caractère de *bénignité* qu'elles offrent toutes, à divers degrés, est dû à ce fait anatomique spécial qu'elles sont *nettement limitées par une capsule fibreuse qui les isole du reste de la glande et des tissus ambiants.*

2° Toutes ces tumeurs *tirent leur origine de l'élément glandulaire* (tissu péri-acineux ou revêtement épithélial). Elles se présentent sous quatre formes anatomiques principales. Trois de ces formes dépendent du *tissu conjonctif* (fibrome, sarcome, myxome). Une seule a son point de départ dans le *revêtement épithélial*, c'est l'épithélioma intra-canaliculaire.

3° Toutes ces tumeurs sont *bénignes, si on les compare au cancer*; mais leur degré de bénignité varie dans certaines conditions données.

Celles qui dépendent du *tissu conjonctif* sont bénignes dans le sens absolu du mot. Elles ne *récidivent*, dans l'immense majorité des cas, que par suite d'une *opération incomplète*.

Celles qui ont pris naissance aux dépens de l'*élément épithélial*, *restent bénignes tant qu'elles n'ont pas*, pour ainsi dire, *usé leur capsule d'enveloppe*.

4° Un grand nombre des symptômes propres à ces tumeurs sont *communs à leurs diverses variétés.*

Cependant, dès à présent, il est possible d'*assigner à chacune d'elles quelques caractères symptomatiques* pouvant permettre de les différencier cliniquement. Bien que les résultats obtenus à ce point de vue soient encore peu nombreux, on peut entrevoir le moment où il sera possible de les compléter.

5° L'anatomie pathologique des tumeurs bénignes du sein démontre que presque toujours l'*énucléation simple* de la tumeur constitue une *opération incomplète.* Les lésions parvenues à leur *summum de développement dans la tumeur elle-même* sont déjà *en voie d'évolution dans le tissu glandulaire voisin.* Aussi pour pratiquer une *opération complète,* il faut nécessairement dépasser les limites de la tumeur et pratiquer l'*amputation partielle.*

6° Cette règle, que l'on peut adopter lorsqu'il s'agit des tumeurs très limitées (*fibromes*), ne peut plus être considérée comme *suffisante* lorsque la tumeur est très *volumineuse* et à *développement rapide* (*sarcome, myxome*); dans ce dernier cas il faut pratiquer *l'amputation totale du sein,* en ayant le soin de ne laisser *aucune portion si limitée qu'elle soit de la glande.*

Ces dernières et *très importantes règles de thérapeutique chirurgicale des tumeurs du sein n'avaient jamais été formulées avant nous.* Elles sont le corollaire naturel de nos recherches sur cette espèce de tumeurs.

Les figures ci-contre étaient reproduites en couleur dans le *Traité des tumeurs bénignes du sein*. Les planches ayant été détruites depuis longtemps, je ne puis en donner qu'une *reproduction photographique*.

Fig. I. – Correspondant à l'observation XII, p. 259 de l'ouvrage.
Fibrome récent péri-canaliculaire et endo-canaliculaire.

Bosselures volumineuses, situées à la partie externe du mamelon, dues à l'existence de kystes glandulaires volumineux.

Bosselures plus petites que les précédentes, correspondant à des kystes également plus petits.

Mamelon déprimé et comme avalé dans l'intérieur du sein.

Fig. II. — Correspondant à l'observation V, p. 172.
Fibrome lacunaire du sein avec altération télangiectasique de quelques-unes des végétations intra-kystiques.

Grandes cavités kystiques contenant des végétations polypeuses.

Parois des cavités kystiques membraneuses, au niveau des régions où elles sont étalées.

Végétations sessiles des parois de ces mêmes cavités cystiques.

Végétations à long pédicule et très vasculaires (présentant une altération télangiectasique).

Végétations plus arrondies et moins bien pédiculées que les précédentes.

Fig. III. — Correspondant à l'observation VII, p. 190.
Fibrome circonscrit endo-canaliculaire et péri-canaliculaire.

Bosselures périphériques d'un fibrome lobulaire.

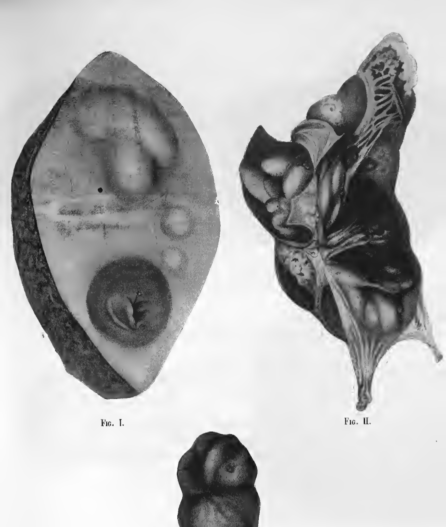


Fig. I.

Fig. II.

Fig. III.

Fig. IV. — Correspondant à l'observation XII, p. 259. Fibrome récent péri-canaliculaire et endo-canaliculaire. Kystes avec végétations.

Bosselures périphériques correspondant à des kystes. Elles sont limitées par une capsule fibreuse dont on voit la face externe.

Énormes végétations contenues dans de grandes cavités cystiques largement ouvertes.

Capsule fibreuse d'enveloppe formant la paroi externe des cavités cystiques.

Bride fibreuse dépendant de la capsule d'enveloppe, et formant une sorte de diaphragme qui sépare l'une de l'autre les deux parties de la grande cavité cystique.

Fig. V. — Correspondant à l'observation XXIII. Épithélioma intra-canaliculaire du sein.

Bosselures périphériques de la tumeur, recouvertes par une capsule fibreuse assez dense et d'apparence aponévrotique.

Tissu cellulo-adipeux de la région, resté adhérent à la capsule fibreuse d'enveloppe de la tumeur.

Fig. VI. — Correspondant à l'observation VII, p. 190. Fibrome circonscrit endo et péri-canaliculaire.

Conduits galactophores dilatés et largement ouverts.

Zone au niveau de laquelle la partie malade se continue avec le tissu glandulaire sain. Elle est caractérisée par une teinte rosée plus accentuée que dans le tissu morbide; c'est à ce niveau que l'on trouve le premier degré de la lésion et qu'existe le pédicule de la tumeur.

Fig. VII. — Correspondant à l'observation XVII, p. 296. Sarcome péri-canaliculaire.

Bosselures multiples à teinte bleuâtre, dues à l'existence de kystes glandulaires devenus sous-cutanés.

Mamelon déprimé et pour ainsi dire avalé dans l'intérieur de la mamelle.

Veines sous-cutanées très volumineuses.

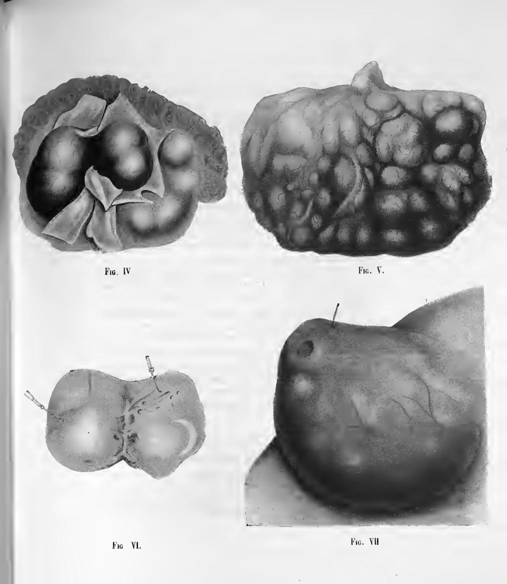


Fig. IV

Fig. V.

Fig. VI.

Fig. VII

Note sur un cas intéressant de tumeur du sein.
Tumeur adénoïde ulcérée à une période très éloignée de son début, au bout de trente ans.

(Union médicale, 1865.)

Des cas de cette nature ont été observés à toutes les époques, mais au moment où l'examen microscopique de ces tumeurs n'était pas fait ou fait incomplètement, il était difficile de leur donner leur véritable signification, et on a pu ainsi, à tort, s'appuyer sur de semblables observations pour soutenir l'opinion de la *dégénérescence* de certaines tumeurs du sein.

Une femme de 64 ans, portait à la partie externe et supérieure du sein droit une tumeur ulcérée; la peau qui entourait la partie saillante était taillée à l'emporte-pièce, et de tous les points il s'écoulait un liquide rougeâtre et sanieux. On avait diagnostiqué un *cancer encéphaloïde* du sein. Le 24 octobre l'extirpation de la tumeur fut pratiquée. La santé générale de la malade était excellente; il n'y avait pas trace d'engorgement ganglionnaire. — L'examen anatomique, fait par le professeur Cornil, démontra que la tumeur était uniquement constituée par des *éléments glandulaires hypertrophiés*. La guérison s'est maintenue.

C'est encore là un exemple de *tumeur mal interprétée* et faisant à tort admettre la guérison définitive de cancers.

De la récidive des tumeurs du sein.

(IIIe Congrès de chirurgie, 1888.)

Dans cette communication, après avoir insisté sur la nécessité des opérations pratiquées très largement, je me joignais à Ver-

neuil pour recommander l'usage du traitement consécutif dans le cas de tumeur maligne.

Il est presque impossible de donner une *démonstration rigoureuse* de l'efficacité d'un traitement médical en pareille occurrence, les cas de guérisons plus ou moins longues à la suite de l'extirpation des cancers présentant, au point de vue de la durée, des différences très grandes. Cependant, tous les chirurgiens ont pensé que les préparations alcalines, les préparations arsenicales, pouvaient rendre un réel service.

Je me permis d'appeler l'attention, avec toute la réserve possible, sur l'usage interne des préparations de Condurango qui me paraissaient avoir agi sur plusieurs opérées d'une façon tout à fait satisfaisante.

Je dois indiquer que Nussbaum, de Munich, avait recueilli, de son côté, des observations favorables à cette opinion.

Cas extraordinaire d'une double hypertrophie mammaire.

(Bulletin de l'Académie de médecine, 1891.)

Il s'agissait d'une jeune fille de quatorze ans parfaitement bien conformée, bien portante, réglée vers l'âge de douze ans.

Huit mois avant le moment où je l'observai, les seins étaient déjà un peu plus volumineux qu'à l'état normal; il survint alors une poussée d'hypertrophie considérable, puis, pendant huit mois, les choses restèrent à peu près en l'état.

En juin 1891, nouvelle poussée plus considérable encore. Les seins sont tellement volumineux qu'ils deviennent la cause d'une très grande gêne. La plus grande circonférence des seins mesure 69 centimètres.

L'opération a été pratiquée au commencement de juillet. Le sein gauche pesait 3500 grammes, le sein droit 3900 grammes. La guérison eut lieu sans encombre et rapidement.

Il y a lieu de noter qu'au moment des deux grandes poussées d'hypertrophie, les règles avaient été supprimées.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'une *hypertrophie fibreuse des lobules mammaires*.

Les faits de cette nature sont rares, mais un certain nombre ont cependant été observés, et, dans quelques cas, le volume atteint par les seins était encore plus considérable.

Un fait très important à noter est l'influence de *la grossesse* sur l'accroissement de cette hypertrophie.

Il est vraisemblable que si la jeune fille que j'ai observée avait eu une grossesse avant d'être opérée, l'hypertrophie aurait pris des proportions encore plus grandes.

Anesthésie chirurgicale.

L'anesthésie, on le conçoit, n'a pas été instituée en méthode régulière sans de nombreuses recherches, sans des tâtonnements répétés, et aussi, malheureusement, sans de nombreux accidents.

L'anesthésie peut être *locale* ou *générale*, c'est de cette dernière qu'il s'agit dans les travaux que je vais analyser. Ils ont tous eu pour but de rendre l'anesthésie plus complète et moins dangereuse.

Nouvelle méthode d'administrer le chloroforme.

(Bulletin de l'Académie de médecine, 2e série, t. X, Paris, 1882.)

Il y a quatre méthodes pour faire inspirer les vapeurs de chloroforme :

1° *La méthode des doses massives.* — C'est la méthode sidérative, méthode ancienne, employée par beaucoup de chirurgiens, employée, assez souvent, par nous-même avant 1882. Cette manière de procéder, moins dangereuse chez les enfants, présentait de graves inconvénients chez les adultes et a été, sans aucun doute, la cause d'un certain nombre de cas de mort.

2° *La méthode des intermittences régulièrement calculées.* — Elle consiste à verser du chloroforme à intervalles plus ou moins rapprochés, en faisant respirer tantôt de l'air, tantôt du chloroforme.

Cette méthode a été la plus fréquemment employée pendant nombre d'années; elle paraissait la plus rationnelle et lorsque je proposai en 1882 à l'Académie de médecine la méthode des *doses*

faibles et continues sans intermittences, je rencontrai une opposition violente de la part des partisans de cette méthode et plus particulièrement de mon maître le professeur Gosselin.

Tous soutenaient qu'il y avait un danger extrême à ne pas introduire régulièrement de l'air dans le poumon après plusieurs inspirations de chloroforme.

3° *La troisième méthode,* exposée par *Sédillot* (combinaison des deux méthodes précédentes) et consistant à sidérer le malade par de grandes doses, après lui avoir fait respirer, au début, à la fois de l'air et du chloroforme à des intervalles plus ou moins variés.

4° *La méthode des doses faibles et continues, sans intermittences.* — *C'est cette méthode que je proposai* à l'Académie de médecine dans la séance du 28 février 1882, au grand étonnement de tous mes collègues.

C'est cependant la méthode la plus prudente. Très peu de temps après ma communication, mon maître, le Professeur Gosselin, ayant demandé à assister à une chloroformisation d'après cette méthode, fut absolument convaincu, et en devint un chaud partisan.

Au cours d'expériences faites sur des chiens, dans un tout autre but, mais dans lesquelles l'emploi du chloroforme avait été nécessaire, j'avais été frappé de la fréquence de la mort de ces animaux dans certaines conditions et j'avais pu me convaincre que plus le *système des intermittences était respecté,* plus l'animal courait de dangers. Ce fut là le point de départ de mes recherches chez l'homme.

Mais du moment où je *supprimais les intermittences,* il me parut nécessaire de ne faire inspirer aux malades que des *doses infiniment réduites* de chloroforme et je commençai à n'employer cet anesthésique, pour ainsi dire que *goutte à goutte.* J'eus rapidement la démonstration que ce mode de procéder offrait des avantages notables, et ce fut alors que je fis ma communication à l'Académie de médecine.

Séance tenante et dans les séances suivantes, elle fut l'objet des critiques les plus sévères.

C'est cependant la méthode la plus sûre, celle qui permet de prolonger l'anesthésie complète aussi longtemps que l'on veut.

Elle consiste à donner le chloroforme en très petite quantité, d'une façon continue, sans intermittence autre que le temps de retourner la compresse sur laquelle on verse le chloroforme. Elle diffère donc entièrement des autres méthodes.

Son *avantage capital* est de permettre une anesthésie absolue, avec une *quantité de chloroforme quatre à cinq fois moins considérable* que dans les méthodes anciennes, d'où résulte pour le malade un degré d'*intoxication chloroformique proportionnellement beaucoup moindre*.

J'ai plusieurs fois prolongé l'anesthésie pendant 2 heures et demie, 3 heures, et même 4 heures, à l'aide de quantités de chloroforme très minimes.

Avant 1882 j'avais eu le malheur de perdre deux malades à la suite de l'emploi du chloroforme; depuis cette époque au cours de milliers de chloroformisations je n'ai plus eu un seul accident.

Peu à peu la méthode fit son chemin et de nombreuses publications, toutes favorables, se succédèrent.

En 1887 parut un travail du docteur E. Paul Boncour (*France médicale*, 1887) qui, administrant le chloroforme depuis de longues années aux opérés de plusieurs chirurgiens, avait une véritable autorité dans la matière. A la fin de son travail il s'exprime ainsi : « La méthode que nous venons de décrire appartient à M. Léon « Labbé qui l'a fait connaître à l'Académie de médecine en « 1882. On peut la qualifier : *Méthode des petites doses, administrées « d'une façon continue, sans intermittence.*

« Elle est non seulement supportée très facilement par tous les « malades, mais de plus elle est pour eux la garantie d'une très « grande sécurité.

« Grâce à elle, le chirurgien n'a pas à se préoccuper de l'anes-
« thésie et peut consacrer à son opération tout le sang-froid
« et toute la présence d'esprit dont il est capable. »

Peyraud, de Libourne, (*Journal de Bordeaux*, 1884) publia sur ce sujet plusieurs articles favorables.

Dans la *Revue de chirurgie*, Peraire fit paraître un long article sur la matière (*Revue de chirurgie*, 1889), et le même auteur, en collaboration avec le professeur Terrier, publia en 1894 un Manuel d'anesthésie chirurgicale. Dans ce livre, MM. Terrier et Peraire se firent les défenseurs convaincus de la *Méthode des doses faibles et continues, sans intermittences*. Ces auteurs citent de nombreux exemples de malades endormis pendant une heure et plus avec des doses minimes de 15 à 20 grammes de chloroforme.

Grâce à cette véritable méthode dosimétrique, le malade n'est pas suffoqué par la faible quantité de l'agent anesthésique, il s'y habitue doucement; il n'a généralement pas de période violente d'excitation, pas d'agitation ou d'hyperesthésie, il est relativement rare qu'il survienne des vomissements.

On doit maintenir cette anesthésie toujours dans le même état, sans la diminuer et sans l'augmenter.

Sur 20 grammes de chloroforme, il faut 7 à 8 grammes au plus pour obtenir tout d'abord l'insensibilité, les autres 10 à 12 grammes servent à entretenir l'anesthésie; c'est la *ration de réserve*.

C'est là tout le secret des anesthésies obtenues et maintenues avec des *doses très minimes* de chloroforme. Il suffit de ne jamais permettre à l'anesthésié de se réveiller et, le sommeil une fois établi, de ne laisser pénétrer que le moins d'air possible, en dépensant très peu de chloroforme.

Bientôt Schwartz (*Revue de clin. et de thérapeut.*, Paris, 1889); Pospescu (in *Spitalul*, Bucharest, 1890); Cordero (*Gaceta médico de Mexico*, 1890); Otto Zuckerkandt (*Cent. f. chir.* n° 45, Leipzig, 1891); Marcel Baudoin (*Gazette des hôpitaux*, Paris, 1890); Brandt (*Centralblatt für Chirurgie*, Leipzig, 1891); Bremer (*Finska Laskares*

als kapets Handlingar, Helsingfors, octobre 1895), défendirent cette méthode avec conviction et faits à l'appui.

Aujourd'hui elle est adoptée partout et est *devenue classique.*

Chloroforme et morphine.

En collaboration avec le Dr Goujon.

(Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1872.)
Note présentée par Claude Bernard.

(Travail du laboratoire de Charles Robin.)

La préoccupation d'obtenir l'anesthésie complète en échappant aux risques d'accidents mortels a, comme je l'ai dit, toujours hanté l'esprit des chirurgiens.

Connaissant cette préoccupation, Claude Bernard, au moment où, au Collège de France, il étudiait comparativement l'action des différents alcaloïdes de l'opium, souleva cette importante question et la résolut en partie en montrant qu'il est possible, en *combinant l'action de la morphine et du chloroforme*, d'obtenir un état d'anesthésie très complet avec une quantité de chloroforme beaucoup moindre qu'il ne le faut, ordinairement, lorsque cette substance est employée seule.

On doit toujours poursuivre ce but : *introduire dans la circulation la dose minima possible de l'agent anesthésique.*

Les expériences furent répétées sur les animaux un grand nombre de fois par Claude Bernard.

Dans le laboratoire de Charles Robin, je repris avec la collaboration du docteur Goujon toutes les expériences de Claude Bernard, et nous obtînmes des résultats en tout semblables à ceux qui avaient été annoncés par le grand physiologiste.

C'est alors que nous entreprîmes une série de recherches, *chez l'homme*, dans mon service de l'Hôpital de la Pitié.

Chez chacun de nos malades une dose de 0,02 centigrammes de morphine était injectée sous la peau, *vingt minutes avant l'administration* du chloroforme.

A ce moment nos recherches nous permirent de terminer notre travail par les conclusions suivantes :

« 1° On peut obtenir chez l'homme, comme l'a montré le premier Claude Bernard pour les animaux, l'anesthésie bien plus rapidement en combinant l'action du chloroforme et de la morphine.

« 2° Cette anesthésie est de plus longue durée et peut se prolonger très longtemps avec de faibles doses de chloroforme, et, par ce fait, les risques d'accidents mortels peuvent se trouver considérablement diminués.

« Nous croyons également que l'on pourrait sans inconvénient élever un peu la dose du chlorhydrate de morphine dans l'injection préalable, et qu'il y aurait peut-être avantage à pratiquer l'injection un peu plus longtemps avant l'opération que nous ne l'avons fait. Nous avons cru remarquer que tout n'était pas absorbé au point où avait été pratiquée l'injection au moment de l'opération. »

Depuis cette époque, j'ai eu un grand nombre de fois l'occasion de recourir à l'usage de la morphine associée au chloroforme pour obtenir l'anesthésie. Chez des sujets d'une nervosité exceptionnelle ce procédé d'anesthésie constitue une véritable et précieuse ressource. Dans plusieurs cas où l'anesthésie paraît presque impossible à obtenir, l'injection de morphine employée au cours même de l'administration du chloroforme peut rendre de véritables services.

Depuis 1882, époque où j'inaugurai la méthode des *doses faibles et continues, sans intermittences*, j'ai eu moins souvent l'occasion d'avoir recours à ce procédé, mais j'affirme que dans certains cas il constitue une ressource précieuse.

Note sur le traitement de la mort apparente pendant la chloroformisation, à l'aide du procédé de Laborde (Tractions rythmées de la langue).

(Bulletin de l'Académie de médecine, 1894.)

Dans de nombreuses lectures faites à l'Académie de médecine le docteur Laborde essaya de porter la conviction dans l'esprit de ses collègues, au sujet de l'efficacité de son procédé des *tractions rythmées de la langue* pour remédier à certaines formes d'asphyxie, et aussi à la *mort apparente survenue au cours de la chloroformisation*. Pendant longtemps, son appel resta sans écho.

Durant de longues années, j'étais resté convaincu que, dans les cas d'*alerte chloroformique*, le meilleur procédé à mettre en usage était celui de la *respiration artificielle* à l'aide de l'élévation et de l'abaissement alternatif des bras, procédé sans nul doute efficace, mais d'une grande difficulté de mise en pratique, par suite de la fatigue extrême imposée à celui qui exécute la manœuvre. Dans deux cas des plus graves de mort apparente, j'eus l'occasion de recourir au procédé de Laborde, et dans l'un surtout, que plusieurs de mes confrères et moi considérions comme désespéré, j'eus le bonheur de rappeler le malade à la vie.

La manœuvre est simple et présente cet immense avantage qu'un seul opérateur (point capital) peut la continuer sans fatigue appréciable, pendant un temps très long.

Je communiquai ces faits à l'Académie; et dans la même séance Verneuil confirma mes affirmations.

M. Laborde fit alors remarquer que jusqu'à ce jour aux succès qu'il avait obtenus au laboratoire manquait encore une consécration : celle des chirurgiens. Il se félicita de la sanction que venait de recevoir sa méthode des tractions linguales.

J'ajoute que depuis 1894 ma conviction sur l'efficacité des tractions rythmées de la langue n'a fait que s'accentuer.

Les communications favorables à ce procédé se sont succédées à partir du jour où l'*interdit* qui semblait exister sur lui a été, en quelque sorte, levé de ce fait, et cela pour le plus grand bien des malades soumis à la chloroformisation.

Aujourd'hui, j'oserai presque affirmer qu'étant donnée l'association : 1° de la *méthode des doses faibles et continues sans intermittences*, sur l'importance de laquelle j'ai insisté plus haut; 2° l'usage (en cas d'accident) du procédé des *tractions rythmées* de la langue, l'*anesthésie par le chloroforme a atteint un très grand degré de sécurité*, je dirais *presque une sécurité absolue*.

Sur la possibilité d'obtenir, à l'aide du protoxyde d'azote, une insensibilité de longue durée, et sur l'innocuité de cet anesthésique. Application à l'homme de la méthode de Paul Bert
par M. Léon Labbé.

(Note lue à l'Académie des sciences par Paul Bert, 1878.)

Je suis appelé tout naturellement à analyser les communications de Paul Bert à l'Académie des sciences, sur l'*emploi du protoxyde d'azote comme anesthésique*, parce que ce physiologiste, après de nombreux essais, me pria d'assister à ses expériences et d'examiner si je pourrais *transporter chez l'homme* les tentatives faites par lui sur les animaux.

J'ai appliqué à l'homme la méthode de Paul Bert, et je dois déclarer ici que, n'était la difficulté matérielle provenant de l'outillage nécessaire pour l'application de cette méthode, celle-ci devrait occuper dans l'anesthésie chirurgicale une place de premier ordre.

Dans une note communiquée à l'Académie des sciences en 1878, Paul Bert, étudiant les propriétés anesthésiques du protoxyde d'azote, fait remarquer que l'*insensibilité* obtenue par ce moyen ne peut être *prolongée*, par cette raison qu'au moment même où

elle est *suffisante, apparaissent des phénomènes asphyxiques* qui deviendraient bientôt redoutables.

Cela tient à ce que l'on ne peut arriver à l'anesthésie qu'à la condition de faire respirer au patient du protoxyde d'azote *pur*, sans aucun mélange d'air. Il en résulte que l'*asphyxie* marche de pair avec l'*anesthésie*.

Le fait que le protoxyde d'azote doit être administré *pur* signifie que la tension de ce gaz doit, pour qu'il en pénètre une quantité suffisante dans l'organisme, être égale à *une atmosphère*. Sous la pression normale il faut, pour l'obtenir, que le gaz soit à la proportion de 100 pour 100. Mais si l'on suppose le malade dans un appareil où la pression soit égale à *deux atmosphères*, on pourra le soumettre à la tension voulue en lui faisant respirer un mélange de 50 pour 100 de protoxyde d'azote et de 50 pour 100 d'air; on devra donc de la sorte obtenir l'anesthésie, tout en maintenant dans le sang la quantité normale d'oxygène, et par suite en conservant les conditions normales de la respiration.

Paul Bert entra dans un cylindre clos, et là, sous une augmentation de pression d'un cinquième d'atmosphère, il fit respirer à un chien un mélange de cinq sixièmes de protoxyde d'azote et de un sixième d'oxygène, mélange dans lequel la tension du gaz dit hilarant est précisément égale à *une* atmosphère.

Dans ces conditions, l'animal est, *en une ou deux minutes*, après une phase d'excitation très courte, *complètement anesthésié*. Cette anesthésie peut durer une demi-heure, une heure, sans nul changement.

Paul Bert constata, qu'après un temps quelconque, lorsqu'on enlève le sac qui contient le mélange gazeux, l'animal, à la troisième ou à la quatrième respiration à l'air libre, recouvre *tout à coup* la *sensibilité*, la *volonté*, etc.

Ce *rapide retour à l'état normal*, si différent de ce qu'on observe avec le chloroforme et l'éther, tient à ce que le protoxyde d'azote ne contracte pas comme le chloroforme de combinaison chimique dans l'organisme, mais est simplement dissous dans le sang. Dès

qu'il n'y a plus de protoxyde dans l'air inspiré, il s'échappe rapidement par le poumon, comme l'ont montré les analyses du sang.

« Je suis donc autorisé, dit Paul Bert, par mes expériences sur les « animaux, à recommander aux chirurgiens l'*emploi du protoxyde « d'azote sous pression* pour obtenir l'anesthésie chirurgicale même « de longue durée.

« Je ne vois qu'une seule difficulté, elle tient à l'appareil instru- « mental nécessaire pour l'application du *protoxyde d'azote sous « pression*. Mais la plupart des grandes villes, où se font les plus « grandes opérations, possèdent des établissements de *bains d'air « comprimé*, et dans les établissements hospitaliers on pourrait « installer des appareils de cette nature. »

A ce moment, Paul Bert me pria d'assister à quelques-unes de ses expériences sur les animaux, et il n'eut pas de mal à me convaincre de la réalité de tous les faits qu'il avait observés; et ma conviction fut si complète, qu'au cours de l'année 1879 je n'hésitai pas à lui proposer d'appliquer à l'homme *ce procédé d'anesthésie*.

Dans la séance du 21 juin 1879, Paul Bert fit à l'Académie des sciences la communication suivante :

« La méthode que j'ai proposée, et dont je viens rapporter à « l'Académie les premiers résultats, peut seule permettre d'em- « ployer ce merveilleux agent anesthésique (le protoxyde d'azote) « dans les opérations chirurgicales de longue durée.

« Deux chirurgiens des hôpitaux de Paris, MM. Léon Labbé et « Péan ont répondu à l'appel que j'adressais aux praticiens. Je « viens rendre compte à l'Académie des opérations qu'ils ont exé- « cutées d'après cette nouvelle méthode. Je donnerai d'abord *comme « type* le récit de la *première opération* qui fut faite par M. Labbé.

« Il s'agissait d'un *ongle incarné, avec ablation de la matrice de l'ongle* (opération atrocement douloureuse). La malade était une jeune fille de 20 ans, fort timorée, très nerveuse. Nous entrâmes tous dans la grande chambre en tôle de l'établissement du Dr Dauplev, où la pression de l'air fut, en quelques minutes, augmentée, sous courant de $0^{m},17$, pression totale, $0^{m}92,9$.

« La malade s'étendit sur un matelas et M. Préterre lui appliqua sur la bouche et le nez l'embouchure à soupapes qu'il avait l'habitude d'employer pour l'inhalation du protoxyde d'azote pur ; ici le sac avec lequel elle communiquait était rempli d'un mélange contenant 85 de protoxyde d'azote et 15 d'oxygène. Paul Bert tenait l'un des bras de la malade, dont le pouls était assez rapide, lorsque soudain, sans qu'aucun changement dans le pouls, dans la respiration, dans la couleur de la peau, dans l'aspect du visage nous ait avertis, sans qu'aucune raideur, aucune agitation, aucune excitation se fût produite, quarante à cinquante secondes après la première inspiration du gaz anesthésique, je sentis le bras s'affaisser complètement, l'insensibilité et la résolution musculaire étaient obtenues, la cornée elle-même pouvait être impunément touchée.

« L'opération commença aussitôt : l'arrachement violent de l'ongle et du gros orteil, sans qu'il se produisit aucun mouvement de la patiente qui dormait du plus calme sommeil ; le pouls était revenu à un chiffre normal.

« Au bout de quelques minutes, au moment où M. Labbé terminait le pansement survinrent de légères contractures dans un bras, puis dans une jambe. Tout étant fini, on enleva l'embouchure et aussitôt la contracture cessa.

« Pendant trente secondes, la jeune fille continua à dormir ; puis quelqu'un lui ayant frappé sur l'épaule, elle s'éveilla, nous regarda d'un air étonné, se mit sur son séant et soudain s'écria que son pied lui faisait bien mal, assez mal pour qu'elle se prît à pleurer pendant quelques secondes. Interrogée, elle déclara se trouver fort bien, sans aucun malaise et fort désireuse de manger, car dans sa terreur, elle n'avait même pas dîné la veille. Elle déclara, de plus, n'avoir rien senti, rien rêvé, mais se rappeler qu'aux premières inhalations du gaz elle avait éprouvé un grand bien-être, qu'il lui semblait monter au ciel et « qu'elle voyait bien avec les étoiles ». Cela dit, elle se leva, s'en alla regagner à pied la voiture qui devait la ramener à l'hôpital, et se plaignit tellement de la faim en route qu'il fallut s'arrêter pour la faire manger. Elle n'eut d'ailleurs aucun accident consécutif.

« J'ai, dit Paul Bert, donné avec quelques détails l'histoire de « cette première opération parce qu'elle met bien en évidence les « *grandes différences* qui séparent l'action du *protoxyde d'azote* et « celle de l'*éther* et du *chloroforme*, surtout au point de vue de « l'*instantanéité du sommeil et du réveil*. »

A partir de ce moment, de nombreuses et graves opérations d'une longue durée furent exécutées par Péan et par moi, à l'aide de l'anesthésie par le procédé de Paul Bert.

L'administration des hôpitaux fit construire deux grandes cloches à air comprimé : une pour mon service, une pour le service du Dr Péan.

8

Un grand nombre de médecins ont assisté aux opérations pratiquées dans ces conditions, et tous ont été frappés des extraordinaires résultats obtenus.

Je dois déclarer que dans les nombreuses opérations où j'ai mis ce procédé d'*anesthésie en usage*, je ne l'ai *jamais trouvé infidèle.*

Assurément la *rapidité* avec laquelle *s'obtient l'anesthésie* est remarquable, mais le *point capital* sur lequel je veux insister c'est l'*instantanéité du réveil* et l'absence de *malaises consécutifs.*

Chacun des nombreux malades que j'ai opérés se sont réveillés aussitôt que l'embouchure de l'appareil contenant le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène a été retiré de devant le visage, et tous ont pu descendre de la table d'opération et se rendre immédiatement à leur lit.

Ce résultat n'a rien de comparable avec ce qui se passe à la suite de l'anesthésie obtenue avec l'éther ou le chloroforme.

Voici un fait bien démonstratif : Une dame fort intelligente et fort instruite avait, en 7 ans, subi deux opérations, et chaque fois (comme cela s'observe quelquefois chez les femmes) elle avait été très souffrante de nausées et de vomissements pendant près de 40 heures après l'opération.

Devant subir une troisième opération, et ayant lu le compte rendu de l'Académie des sciences, elle me déclara qu'elle refusait de se faire endormir par le chloroforme et qu'elle entendait être anesthésiée par le *protoxyde d'azote sous pression.* La cloche de mon service fut amenée dans la cour de son hôtel. Elle fut endormie très rapidement, subit une longue et sérieuse opération ; après un sommeil parfait, elle se réveilla presque instantanément et regagna sa chambre à pied.

Je suis obligé de reconnaître, après une assez longue pratique, qu'ainsi que je le disais au début de cette note, *n'était la difficulté matérielle* née de l'outillage nécessaire *pour l'application de cette méthode, celle-ci devrait occuper dans l'anesthésie chirurgicale une place de premier ordre.*

Maladies du tube digestif.

Recherches expérimentales sur les lésions de l'intestin à la suite de l'étranglement intestinal.

(Travail de chirurgie expérimentale fait dans le laboratoire du Professeur Longet, en 1863 et 1864, et Thèse de Nicaise, Paris, 30 juin 1866.)

En 1863 et 1864 j'entrepris dans le laboratoire de physiologie du professeur Longet de nombreuses expériences ayant pour but de rechercher sur les animaux quelles sont les lésions de l'intestin dans l'étranglement intestinal.

Les résultats de ces expériences ont été consignés dans la thèse[1] du docteur Nicaise, à cette époque prosecteur des hôpitaux de Paris.

M. Nicaise s'exprime ainsi : « Toutes les expériences de M. Labbé « faites sur des animaux acclimatés et soignés après l'opération « ont une grande valeur, et l'on comprend l'importance que doit « avoir le rapprochement des lésions que nous avons observées *chez* « *l'homme* avec celles observées par M. Labbé *sur les animaux*. »

A la page 88 de son travail M. Nicaise dit : « Le nombre des « expériences de M. Labbé m'empêche de les reproduire toutes en « détail, mais leur importance et le soin avec lequel elles ont été « faites m'engagent à donner tous les résultats obtenus. »

Voici les pricipaux résultats constatés à la suite de ces expériences :

L'intestin lié forme une tumeur fortement tendue, rouge foncé, violacée, noirâtre (Expér. 2); la coloration est irrégulière, la moitié supérieure de l'anse est

1. *Des lésions de l'intestin dans les hernies.* Thèse de Paris, 1866.

arborisée, la moitié inférieure, veineuse; il n'y a pas d'épaississement (Expér. 7). Le diamètre de l'intestin augmente de 4 millimètres sur un petit chien (Expér. 9); l'intestin est doublé de volume, distendu, les parois sont épaissies (Expér. 13, 14); des gaz sont accumulés au-dessous de la séreuse (Expér. 15).

Au niveau du *point lié* on rencontre une rainure à l'extrémité supérieure de l'anse.

Entre les tuniques on trouve un épanchement sanguin assez résistant (Exp. 1,13), les tuniques sont noires, il y a une infiltration qui commence immédiatement au-dessous de la ligature (Exp. 14) ou existe au-dessus de l'extrémité inférieure de l'anse (Exp. 7).

La *séreuse* est saine ou détruite au niveau des extrémités de l'anse, mais d'un côté seulement de la circonférence (Exp. 9, 14, 17); il y a en outre une plaque ulcérée de 5 millimètres contre le sillon (Exp. 9); la membrane se décolle facilement, est épaissie, friable (Exp. 14).

Le tissu *sous-séreux* présente dans un cas (Exp. 2) une boursouflure terne.

La *musculeuse* est détruite au niveau des extrémités de l'anse, mais d'un côté seulement de la circonférence (Exp. 9), elle est épaissie (Exp. 15) et même persiste seule (Exp. 14).

La *muqueuse* est épaissie, friable (Expér. 15). Elle est d'une couleur rouge groseille, faisant contraste avec la couleur veineuse de la face péritonéale (Expér. 6); elle présente une solution de continuité au niveau de la ligature (Expér. 7, 14). La muqueuse est relevée et vasculaire sur les bords de cette solution de continuité (Expér. 7).

Les villosités ont leurs vaisseaux dilatés, elles s'écrasent facilement (Expér. 7), elles sont augmentées en largeur (Expér. 9).

Le *contenu de l'anse* est une bouillie noirâtre, très abondante, formée surtout par du sang (Expér. 2, 3, 5, 6). Dans l'expérience 15, il est constitué par des gaz et une quantité considérable de sang noir.

Dans l'expérience 14, une ligature est appliquée sur une anse de 55 centimètres appartenant à un chien terrier; à l'autopsie l'anse renferme 50 centimètres cubes de gaz recueillis sous la cuve à mercure, et 250 centimètres cubes de sang noir.

Le *bout supérieur* est dilaté, congestionné (Expér. 1). Il présente des arborisations irrégulières jusque dans le duodénum et une perforation très étroite dans les 10 centimètres qui sont au-dessus de la ligature; la muqueuse en ce point est épaissie, ramollie, et le siège de petites hémorragies (Expér. 6).

Le *mésentère* est très congestionné (Expér. 6); les vaisseaux sont pleins; il y a 3 ou 4 épanchements sanguins dans le voisinage (Expér. 7).

Dans l'expérience 9, l'épiploon adhère à l'intestin. On observe, en outre, une hémorragie interstitielle.

Leçons sur les hernies abdominales, professées à la Faculté de médecine.
par le Professeur Gosselin,
recueillies, rédigées et publiées par le Docteur Léon Labbé.

(In-8 de 476 pages, 1865.)

M. Léon Labbé n'a entrepris cette publication qu'aprés avoir suivi, pendant plusieurs années, l'enseignement fait á la Faculté et à l'hôpital par le professeur Gosselin. Aussi, ainsi que le reconnaît M. Gosselin dans la préfaee cet ouvrage, ne s'est-il pas borné à reproduire les leçons faites dans l'amphithéâtre de la Faculté. Aux développements pathologiques plus particuliérement donnés dans l'amphithéâtre il a joint les détails thérapeutiques et opératoires plus longuement exposés à l'hôpital. Ayant observé une partie des faits sur lesquels repose le travail de M. Gosselin, il a pu reproduire, en s'appuyant sur une conviction personnelle, les idées professées par son maître.

Note sur la hernie obturatrice étranglée.

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1866.)

Dans cette note, intéressante surtout á cause de la très grande rareté des lésions de cette nature, j'ai fait voir toute l'importance que l'on doit apporter à la *constatation de la douleur sur le trajet du nerf obturateur*, dans le cas de hernie obturatrice étranglée.

Note sur un cas de hernie crurale étranglée chez une femme de cent quatre ans; opération; guérison.

Observation communiquée à la Société médicale du IX[e] arrondissement, 1868.)

Pendant mon séjour comme chirurgien à la Salpêtrière (1865-1866-1867), j'ai eu l'occasion d'opérer un grand nombre de malades parvenus à un âge très avancé. Ainsi que l'avaient constaté les chirurgiens, mes prédécesseurs — à cette époque encore bien éloignée de l'antisepsie, — les résultats opératoires obtenus chez les vieillards étaient exceptionnellement satisfaisants.

On était en droit de se demander si les *péritoines très vieux* étaient *plus réfractaires* à l'inflammation.

Cette opération, pratiquée avec succès chez une femme de *cent quatre ans*, est une éclatante confirmation de l'*innocuité relative* de l'opération de la hernie étranglée chez les vieillards.

Note sur un cas d'étranglement interne produit par un diverticulum de l'intestin grêle entourant le colon et l'intestin grêle.

(La Revue photographique des hôpitaux de Paris, 1871, avec 2 planches sur bois.)

Les dispositions anatomiques et anatomo-pathologiques qui donnent naissance à l'étranglement interne varient à l'infini. Dans le cas que j'ai fait connaître l'*étranglement interne* était produit par un *diverticulum de l'intestin grêle* entourant l'*origine du colon et de l'intestin grêle*, passant ensuite par-dessous quelques anses intestinales, et dont l'extrémité, en cul-de-sac, adhérait intimement à la paroi abdominale, à droite de l'ombilic.

Note sur l'appendicite.

(Bulletin de l'Académie de médecine, 1897.)

Dans cette note j'ai désiré, en présence des études modernes et si intéressantes auxquelles a donné lieu l'appendicite, établir d'une façon bien nette le bilan des connaissances que les chirurgiens mes maîtres et les chirurgiens mes contemporains pouvaient avoir eu sur ce point de chirurgie devenu aujourd'hui, à juste titre, le sujet de nos préoccupations.

Je crois avoir démontré qu'avant l'époque où le point de départ d'un ensemble de lésions qui, toutes, se rattachent à un trouble de l'appendice, a été bien précisé, les chirurgiens avaient observé ces lésions, mais en avaient donné une fausse interprétation.

Les *appendicites perforantes d'emblée*, qui amènent immédiatement une suppuration du petit bassin, étaient attribuées à la maladie que l'on désignait sous le nom de *péritonite a frigore*. Des autopsies plus rigoureuses et l'étude directe faite dans un certain nombre de laparatomies ont permis de remonter à la véritable origine du mal (lésion de l'appendice).

Mais il existe une variété, heureusement assez fréquente, *l'appendicite à foyer limité*, celle qui, circonscrite par des fausses membranes, forme un foyer qu'on trouve au niveau de la fosse iliaque.

Cette appendicite avait été bien observée par les anciens chirurgiens, au point de vue pratique; et, dès cette époque, l'intervention chirurgicale donnait, dans ces sortes de cas, de nombreux succès.

Le progrès réel et considérable dû aux études modernes, et qui se rattache à la notion précise que l'on a aujourd'hui du point de départ du mal, se rapporte à la variété de *l'appendicite chronique à répétition*, ce que les anciens chirurgiens appelaient *colite chronique*.

La *véritable et grande acquisition* chirurgicale qui résulte des études nouvelles, c'est la *possibilité d'opérer à froid.* C'est là une véritable conquête chirurgicale.

Sur la toxicité de l'appendicite.

(Bulletin de l'Académie de médecine, 1898.)

Dans ma communication de l'année dernière (1897) je disais que les chirurgiens de ma génération n'avaient connu l'appendicite que sous l'une de ses formes, celle correspondant aux *suppurations limitées par des adhérences*; je reconnaissais que les notions dues à la génération actuelle sont de la plus haute importance et qu'il faut de plus en plus s'incliner devant l'évidence des faits. Chaque jour, tenant compte des publications faites sur ce sujet, et aussi d'une certaine expérience personnelle, je suis plus convaincu que la doctrine qui conduit, dans un assez grand nombre de cas, à *opérer de bonne heure* est la *doctrine salutaire.*

Au nom des chirurgiens de mon époque, je tiens à dire qu'ils sont disposés à se rallier à la pratique de ceux qui sont venus après eux et ont si largement contribué à mettre la question au point.

Mais, dans un de ses derniers travaux M. Dieulafoy, un des plus fervents protagonistes des progrès accomplis sur ce point de chirurgie, a dit : « *Aujourd'hui on ne doit plus mourir d'appendicite.* »

Il n'est pas permis d'*accepter une pareille formule.*

La chirurgie, malgré les admirables progrès accomplis dans ces dernières années, n'est pas une *science mathématique.* Les éléments du problème qu'elle a à résoudre présentent toujours la plus grande complexité. Quand il s'agit d'appendicite, le *degré de toxicité* ne peut être apprécié, et l'on peut affirmer que n'importe

l'époque à laquelle le chirurgien intervienne et quelles que soient les précautions dont il s'entoure, il y a des cas d'appendicite où une issue fatale ne peut être conjurée.

La proposition de M. Dieulafoy, prise à la lettre, serait *de nature à faire encourir un blâme tout à fait immérité* aux médecins et aux chirurgiens qui auraient le malheur de perdre un de leurs opérés bien qu'ils n'aient rien négligé pour lui sauver la vie.

Des indications de la création d'un anus contre nature dans les cas de cancer du rectum.

(Mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 26 novembre 1878.)

Le *cancer du rectum* constitue une des affections chirurgicales des plus pénibles et très exceptionnellement justifiable d'une *opération directe*.

La question de la *récidive rapide* à la suite des *opérations directes* doit être prise en sérieuse considération, et il y a lieu de se demander si l'*intervention indirecte* destinée à détourner le cours des matières ne doit pas *constituer la méthode de choix*.

Cette opinion a tendu à prévaloir dans la pratique des chirurgiens anglais et américains.

Pour mon compte personnel, à la suite d'observations assez nombreuses, j'ai cru devoir défendre cette doctrine. Le mémoire que j'ai lu à ce sujet à l'Académie se terminait par les conclusions suivantes :

1° Dans l'état actuel de la chirurgie, les opérations pratiquées sur le rectum ont acquis, grâce aux progrès réalisés dans ces dernières années, un degré de perfection et d'innocuité remarquable.

2° Malgré ces progrès réels, on est en droit de rechercher si dans le cancer du rectum l'*intervention directe* est toujours utile,

et si quelquefois elle n'a pas l'inconvénient de hâter la marche de la maladie.

3° La plupart des observations démontrent que, le plus souvent, la récidive a lieu au bout de quelques mois.

4° En présence de ces résultats, on doit se demander s'il ne serait pas, souvent, préférable de laisser évoluer la maladie sur place, sauf à parer, par une *opération à distance*, à la conséquence la plus redoutable de la maladie, l'*obstruction complète* ou *incomplète* de l'intestin.

5° Dans le cas d'obstruction complète, l'indication est tellement nette qu'il n'y a pas à hésiter : on doit établir un *anus contre nature*.

6° Même quand les matières fécales peuvent encore être expulsées, si elles circulent difficilement et déterminent, par leur passage au niveau des parties malades, une irritation incessante et des douleurs intolérables, il est encore indiqué d'intervenir pour détourner les matières de leur cours normal et pour rendre par ce fait *la vie plus supportable et peut-être retarder la marche du mal.*

7° La pratique, principalement celle des chirurgiens anglais et américains, démontre que les malades retirent un véritable bénéfice de la *création d'un anus contre nature à une époque relativement rapprochée du début de la maladie.*

8° L'indication de cette opération étant ainsi posée, le chirurgien peut choisir entre la méthode de Littre (création d'un anus dans la région iliaque) et celle de Callisen (création d'un anus dans la région lombaire).

9° La première (*anus iliaque*), dans laquelle on doit intéresser le péritoine, peut donner des résultats satisfaisants, grâce surtout à l'emploi de la suture faite préalablement à l'ouverture de l'intestin.

10° Néanmoins la méthode de Callisen (*anus lombaire*), à laquelle les travaux d'Amussat ont donné toute sa valeur, paraît devoir être préférée, parce qu'elle permet d'arriver à l'intestin sans traverser le péritoine, et parce que la situation occupée par le nouvel anus

semble plus favorable à l'application des appareils susceptibles de pallier cette infirmité.

Depuis la publication de ce mémoire, de grands perfectionnements ont été apportés à la création de l'*anus iliaque*.

Mais, à quelque procédé que l'on ait recours, on peut affirmer que cette opération palliative de *la création d'un anus artificiel dans le cancer du rectum* rend les plus signalés services. Elle prolonge la vie des malades d'une façon appréciable, après avoir fait, dans la plupart des cas, cesser la douleur. Dans ma pratique personnelle j'ai eu beaucoup à m'en louer. J'ai eu le bonheur d'obtenir une survie de quatre années, et cela dans des conditions d'existence acceptables, chez un de mes confrères.

Note sur l'extirpation du rectum à l'aide du galvano-cautère.

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1874.)

Dans quelques cas où l'indication de pratiquer l'*extirpation du rectum* est nettement établie, l'emploi de l'anse galvano-caustique m'a paru constituer le meilleur moyen de diérèse.

En agissant avec une *grande lenteur* et en faisant passer un *faible courant* de telle sorte que le fil de platine soit toujours au *rouge sombre*, on peut *presque à sec*, sans donner lieu à une hémorragie si faible qu'elle soit, procéder à l'extirpation d'un des organes les plus vasculaires.

De nombreux chirurgiens, Verneuil, Trélat, Tillaux, etc., ont été les défenseurs de ce *remarquable procédé de diérèse*.

Sujets divers.

Chloral. — Injection de chloral dans le sang.

En collaboration avec le Dr Goujon.

(Travail fait dans le laboratoire du Professeur Charles Robin.)

Les résultats des expériences exposées dans ce travail ont été, depuis lors, reproduits dans tous les travaux publiés sur cette matière, notamment dans les publications d'Oré (de Bordeaux), du professeur Vulpian (*Leçons de pathologie expérimentale*), dans le livre publié sur le *traitement des maladies du cœur*, par le professeur Germain Sée.

Le chloral, on le sait, se décompose, sous l'influence des alcalis, en *acide formique et en chloroforme.* C'est à *ce dédoublement*, c'est-à-dire à la production du chloroforme, qu'on a attribué ses *propriétés hypnotiques* et *même anesthésiantes.*

Les propriétés *hypnotiques* furent vérifiées par tous les physiologistes et tous les médecins qui soumirent cet agent médicamenteux à l'expérimentation, mais l'interprétation de ses effets, formulée par Liebreich, fut vivement attaquée. Cet éminent chimiste avait supposé que ce *dédoublement* s'opérait dans le sang qui est alcalin, comme dans une solution alcaline, et son opinion fut soutenue par Richardson, Roussin, Personne, Byasson.

A la suite des expériences que je fis avec le docteur Goujon, nous pensâmes *pouvoir affirmer résolument l'absence des produits de dédoublement.*

On peut bien obtenir ce *dédoublement* dans le *laboratoire de chimie*, mais, dans le *laboratoire humain*, c'est-à-dire *dans le sang*, il n'en est rien.

Le chloral a une *action dépressive* manifeste sur la force du cœur. Sous son influence, il se produit *une diminution très notable de la tension intra-vasculaire*, due en grande partie à l'action du médicament sur les nerfs vaso-moteurs, et il semblerait que la *dilatation vasculaire* devrait constituer la règle, mais, en réalité, cette dilatation n'est pas constante, et, dans nos expériences, nous n'avons jamais constaté que des *contractions vasculaires*. Nicol et Massop ont même constaté une *contraction des artérioles* du fond de l'œil et une décoloration de cet organe.

Chloral. — Injection de chloral dans un cas de tétanos.

(Bulletin de la Société de chirurgie et Union médicale, 1874.)

Le traitement du tétanos a grandement préoccupé les chirurgiens, et tous sont toujours restés convaincus que certains cas de tétanos dans lesquels *l'infection* n'était pas *suraiguë* pouvaient guérir sous l'influence d'un ensemble de moyens : *usage interne du chloral à haute dose, combiné avec l'emploi des injections sous-cutanées de morphine; isolement complet du malade.* Moi-même j'ai réussi trois fois à sauver des malades en agissant ainsi.

Aujourd'hui, l'immense progrès réalisé dans le *traitement préventif* du tétanos n'a pas encore été atteint dans *le traitement curatif*, malgré les beaux travaux de Borel.

Il y a vingt-cinq ans et plus, à la suite des très intéressantes recherches d'Oré, de Bordeaux, on crût trouver, dans le *chloral injecté directement dans le système veineux*, un mode de traitement efficace.

En 1874, on apporta dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, un malade atteint de tétanos suraigu. Cet homme avait une gangrène des orteils, et, dix-huit heures après le début des accidents tétaniques, il paraissait à toute extrémité; il présentait un *opisthotonos*

très prononcé, son corps, reposant simplement sur la tête et sur les talons, formait un véritable *arc de cercle*.

Je lui injectai, dans la veine saphène interne, 10 grammes de chloral pour 10 grammes d'eau. Pendant l'injection le malade devint anxieux, puis bientôt il se fit une détente complète, les contractures disparurent, le corps devint absolument souple, à mon grand étonnement et à celui de tous les assistants. Le résultat parut bien satisfaisant, mais, dans la nuit, les contractures reparurent, et le lendemain matin, un *accès tétanique* se manifesta avec une telle violence que le malade mourut asphyxié en quelques minutes.

Tillaux, Cruveilhier firent chacun l'injection de 10 grammes de chloral pour 20 grammes d'eau, chez un tétanique, et après une amélioration très marquée, tous deux virent leur malade succomber. Malgré la publication d'un cas de guérison (il est vraisemblable qu'il s'agissait là *d'un de ces cas relativement bénins* auxquels j'ai fait allusion plus haut) par Oré, de Bordeaux (*Gazette médicale de Bordeaux*, 1874), la méthode, qui avait paru très séduisante, fut abandonnée.

Transfusion du sang.

Rapport sur un travail du Dr Oré, de Bordeaux

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1865.)

Chargé par la Société de Chirurgie de faire un rapport sur de très importants travaux du Dr Oré, relatifs à la transfusion du sang, j'étais très préparé à faire ce travail, et je disais : « Je puis apporter à M. Oré l'apport de ma conviction et parler sciemment des faits qu'il m'a été donné d'observer souvent dans le laboratoire de mon maître le professeur Longet, sous la direction duquel j'ai pratiqué la transfusion un grand nombre de fois pendant l'été de 1863. »

Oré avait fait une longue série d'expériences instituées pour conclure à la *supériorité incontestable* de la *transfusion immédiate*.

Expériences relatives à la transfusion du sang entre animaux d'une espèce ou d'une classe différente.
par Oré et Léon Labbé.
Travail du laboratoire de physiologie de Longet.
(Bulletin de la Société de chirurgie, 1865.)

Au mois d'octobre 1865, Oré et moi nous entreprîmes des expériences pour déterminer si l'on pouvait faire la *transfusion entre animaux d'espèce différente et de classe différente.* La question semblait avoir été résolue affirmativement au XVIIe siècle; nous voyons à cette époque Denys *transfuser avec succès le sang de 3 veaux à 3 chiens*, et *transfuser* avec le *même succès le sang de 3 agneaux à 3 hommes.*

Prévost et Dumas reprirent ces expériences. A la suite de leurs recherches, ils conclurent que l'on *éprouvait de grandes difficultés à ranimer les animaux avec du sang emprunté à d'autres animaux d'une espèce différente.*

Denys avait fait la *transfusion immédiate.*

Dumas et Prévost avaient eu recours à la *transfusion médiate.*

De là certainement la *différence des résultats.*

Les expériences qu'Oré et moi nous entreprîmes dans le laboratoire de Longet ne laissèrent aucun doute sur la *légitimité de cette interprétation* :

Du *sang de canard* fut *transfusé à des chiens* et ceux-ci n'éprouvèrent aucun malaise.

Un canard auquel nous avions enlevé 40 grammes de sang reçut dans sa veine jugulaire 30 grammes de *sang pris dans l'artère fémorale d'un jeune chien.* L'animal fut très peu impressionné par cette opération et il se rétablit complètement. Nous le conservâmes longtemps en observation au laboratoire.

Ces diverses *transfusions* furent pratiquées directement avec l'appareil de Moncocq qui, à cette époque, était l'appareil le plus perfectionné.

De ces expériences il faut conclure :

1° Il est *possible de transfuser le sang d'un animal d'une espèce ou d'une classe différente à un animal d'une autre espèce ou d'une autre classe* (transfusion du sang des oiseaux aux mammifères et des mammifères aux oiseaux), pourvu que ce *liquide arrive* dans les vaisseaux du second animal *tel qu'il circule* dans les vaisseaux du premier.

2° La théorie qui attribue à la *fibrine* des *propriétés toxiques* (Prévost et Dumas) repose simplement sur un défaut d'expérimentation, et les phénomènes convulsifs qui ont été attribués à cette cause imaginaire doivent être rapportés à la présence dans les vaisseaux de l'*animal transfusé*, d'*embolies multiples* résultant de l'*injection d'un sang déjà en partie coagulé*.

Énorme polype fibro-muqueux du pharynx.
Opération par la voie palatine. Guérison.

Avec gravure sur bois.

(*In* Annales des maladies de l'oreille et du larynx (première année), 1872. Publiées par MM. Ladreit de la Charrière et Khrishaber.)

Polype très volumineux chez une jeune fille, simulant un *véritable polype naso-pharyngien*. Incision du voile du palais et excision de la tumeur avec le galvano-cautère.

La question des *polypes fibreux naso-pharyngiens* a donné lieu à de nombreux travaux, à de nombreuses discussions et à la création de nombreux procédés opératoires.

On a admis que ces tumeurs étaient *purement fibreuses, qu'elles s'implantaient à la base du crâne* et se développaient *uniquement*

chez les jeunes gens, jamais chez les hommes adultes, ni chez les filles.

Un des symptômes dominants, et présentant une gravité réelle, consiste en *hémorragies fort abondantes*.

Chez une jeune fille de quinze ans que j'observai en 1872 dans mon service de la Pitié l'aspect de la production morbide, sa consistance, la déformation qu'elle avait déterminée du côté du voile du palais, mais surtout les *épistaxis abondantes* qui l'avaient accompagnée dans les derniers temps nous firent penser que nous allions trouver une exception à la règle établie et que nous nous trouvions en présence d'un cas de véritable *polype naso-pharyngien chez une jeune fille*.

L'opération eut lieu par la voie bucco-palatine. Le voile du palais fut fendu et la tumeur, du volume d'un gros œuf, fut enlevée avec l'anse galvano-caustique, sans qu'il se produisît d'hémorragie.

On put se rendre compte que la tumeur était implantée *sur la partie postérieure des fosses nasales, et non à la base du crâne*.

Comme un des caractères principaux des polypes naso-pharyngiens est de récidiver assez fréquemment au bout de peu de temps, le voile du palais ne fut pas réuni, de façon que la porte d'accès de la région pharyngienne restât ouverte en cas de récidive. Au bout de deux ans, la guérison paraissant définitive, le voile du palais fut suturé.

L'examen anatomo-pathologique vint confirmer les données de la clinique pour prouver que, malgré toutes les apparences, *ce cas ne portait aucune atteinte à la doctrine régnante*. Cette tumeur dut, en effet, être classée dans cette variété de *polypes muqueux* contenant du tissu fibreux dans leur partie centrale et dont la couche superficielle est modifiée par des poussées d'inflammation successives, ce qui indique l'accumulation d'éléments cellulaires au-dessous de l'épithélium de revêtement. A la superficie, il existait quelques cils vibratils.

Note sur un cas de polype naso-pharyngien.

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1873.)

Il s'agissait, dans ce cas, d'un *vrai polype naso-pharyngien des adolescents*, caractérisé par les *hémorragies graves et répétées* et par *la tendance à la récidive*. La tumeur était implantée *à la base du crâne* et envoyant un énorme prolongement dans la fosse nasale droite, prolongement qui faisait saillie à l'extérieur. Le malade avait dix-sept ans.

L'opération fut décidée, et Velpeau me pria de l'exécuter; elle fut pratiquée à l'hôpital de la Charité (1866), avec le concours de M. Lannelongue, alors interne du professeur Denonvilliers.

Le malade était déjà fort affaibli par de nombreuses hémorragies et l'opération dut être faite avec une grande rapidité.

Après incision préalable du voile du palais l'excision fut pratiquée.

Le malade était dans un grand état de faiblesse et il ne se rétablit que grâce au dévouement des internes qui pendant une demi-journée employèrent tous les moyens possibles pour s'opposer à une syncope et relever ses forces.

La *caractéristique de ces tumeurs étant de récidiver au moins une fois pendant la période d'adolescence* des malades, je proposai à l'opéré de le soumettre à un traitement consécutif consistant en des *cautérisations répétées au niveau de la base d'implantation*.

Il s'y refusa, retourna dans son pays. En 1868, *il avait une récidive*, et il subit une seconde opération.

Comme la première fois, je laissai subsister la fente du voile du palais pour pouvoir continuer la surveillance du point d'implantation de la tumeur.

En 1873, *cinq ans* après la seconde opération, le patient était

dans un état assez satisfaisant pour qu'il fût permis de proposer la réfection, par suture, du voile du palais.

Lésion du nerf radial (Enclavement de ce nerf dans le cal d'une fracture de l'humérus à la partie moyenne). Opération de désenclavement. Électrisation. Guérison complète au bout de huit mois.

(Médecine moderne, 1901.)

Il s'agit d'un cas de *fracture simple* de l'humérus droit ne faisant prévoir aucune complication. L'appareil classique fut appliqué au mois d'août 1887 et la consolidation eut lieu d'une façon normale; mais bientôt le patient s'aperçut qu'il ne pouvait plus relever la main, et tous les symptômes de la *paralysie du nerf radial* apparurent. *L'atrophie des masses musculaires* se traduisait facilement soit à la vue, soit surtout à la palpation, par comparaison avec le côté sain; la *paralysie motrice était complète.*

Au mois de décembre 1887, le jeune X..., âgé de 17 ans, est dans un état mental des plus graves, et, se voyant absolument privé de l'usage de son bras droit, est hanté par l'idée du suicide.

Dans le courant de janvier 1888, en présence du professeur Lannelongue qui avait été appelé en consultation, du médecin de la famille et de mes internes, je procédai au *dégagement du nerf radial* par une opération chirurgicale.

Il existait un *énorme cal* au niveau de la partie moyenne de l'humérus, et ce fut cette tuméfaction qui me servit de guide pour aller à la recherche du nerf radial.

A l'aide de la gouge et du maillet, et procédant avec une grande prudence, je sculptai dans l'os une large gouttière, en prenant toujours pour guide le point d'entrée du nerf dans la tumeur formée par le cal.

Il faut bien avouer que cette manœuvre est délicate et que,

même en procédant avec les plus minutieuses précautions, on craint à chaque instant de blesser le nerf qui ne se présente plus avec la *couleur blanche normale*, mais est *rouge, injecté*, et par suite se confond facilement avec les tissus voisins. A un moment donné, M. Lannelongue et moi, nous pensâmes que j'avais *désenclavé le nerf radial* et que l'opération pouvait être considérée comme terminée. Cependant il subsista dans notre esprit une certaine préoccupation jusqu'au jour où le retour des fonctions du membre nous eut démontré l'efficacité de notre intervention.

La réunion immédiate fut faite et la guérison de l'opération eut lieu sans encombre.

Il restait à *remédier à la paralysie et à l'atrophie musculaire*, ce qui devenait dès lors possible, au cas où le *nerf radial* eût été réellement dégagé pendant l'opération de désenclavement.

C'est alors qu'intervint le professeur Joffroy (9 février 1888).

La paralysie se traduisait par l'impossibilité absolue de relever le poignet, d'étendre les doigts, sans avoir préalablement soulevé les premières phalanges, etc., etc.

L'examen électrique donna des résultats bien différents de ceux que l'on observe en général dans la paralysie radiale vulgaire où l'on ne rencontre habituellement que des modifications légères de l'excitabilité électrique.

Chez le jeune X... on constatait, au contraire, dans tous les muscles innervés par le radial *l'abolition complète de la contractilité faradique*, autant du moins qu'on pouvait en juger par l'absence de mouvements propres à chaque muscle et l'impossibilité de percevoir par la palpation la contraction des muscles excités.

L'excitation directe des muscles, ou l'excitation du nerf ne *permit jamais*, quelle que soit l'intensité du courant faradique, de *percevoir aucune contraction des muscles paralysés*.

Il en fut de même dans l'exploration faite avec les courants galvaniques.

A partir de ce moment le jeune malade fut électrisé tous les

deux jours, un des pôles étant placé au niveau de la fracture, l'autre dans la paume de la main ou à la partie postérieure de l'avant-bras, le courant étant renversé toutes les secondes et produisant ainsi des secousses énergiques.

Dès la fin du mois d'avril il devint évident que les muscles réagissaient tous à l'action cathodique et qu'il se produisait même des mouvements appréciables, lors de l'excitation des muscles, tandis que l'excitation du nerf restait sans effets. On notait aussi quelques mouvements volontaires.

Deux mois plus tard, la *guérison, qui avait semblé plus que douteuse huit mois avant*, était absolument complète.

Les faits de cette nature sont rares, mais on en a cependant publié un certain nombre, et la première observation de *désenclavement du nerf radial encastré dans le cal d'une fracture est due* à Ollier, de Lyon.

Le cas que je viens d'analyser est un de ceux qui doivent le plus encourager les chirurgiens à intervenir dans les cas analogues.

De l'étude de tous les faits de même ordre on peut tirer les conclusions suivantes :

1° L'amélioration qui se produit à la suite des opérations de cette nature a lieu quelquefois d'une façon assez rapide, et parfois se fait attendre pendant plusieurs mois.

2° La contractilité électrique se rétablit toujours avant la tonicité musculaire, et celle-ci avant les mouvements volontaires; ceux-ci peuvent précéder le retour de la contractilité musculaire. La sensibilité est souvent bien améliorée avant que les troubles trophiques aient commencé à diminuer. La disparition de ces derniers coïncide d'ailleurs avec le rétablissement complet des mouvements.

Note sur un cas de corps étranger de l'œsophage (dentier). Œsophagotomie externe. Guérison.

(Gazette des hôpitaux, 1901.)

Un homme âgé de 55 ans avala, dans la nuit du 19 au 20 mars 1895 une piéce dentaire constituée par un ratelier complet à crochets pour maxillaire supérieur. — Les dimensions transversales du dentier mesuraient *cinq centimètres* et la partie qui s'appuyait contre la voûte palatine avait 16 millimétres de largeur.

La gêne de la déglutition était trés grande en même temps que la douleur. Le patient suffoquait et éprouvait une angoisse très pénible.

Cet homme habitait la province; son médecin, après lui avoir administré un vomitif qui ne fit qu'aggraver son état, le conduisit immédiatement à Paris. Il existait une douleur vive siégeant, approximativement, au niveau de la 4e vertèbre dorsale. — L'exploration directe, à l'aide d'un cathéter spécial, fit constater que le corps étranger était fixé à la base du cou à peu près à l'union de la 7e cervicale et de la 1re dorsale.

Quelques tentatives prudentes d'*extraction par les voies naturelles* furent tentées, mais bien vite abandonnées en raison de ce que les bords de la pièce dentaire présentaient des bords presque coupants. (Dans un cas analogue l'extraction par les voies naturelles d'un dentier, pratiquée dans un hôpital de Paris, avait été suivie de l'ouverture de la carotide et de la mort par hémorragie en quelques secondes). Il fut décidé que l'opération de l'*œsophagotomie externe* serait pratiquée sans retard. Elle fut exécutée 17 heures aprés l'accident.

L'examen le plus minutieux de la région du cou ne permit pas de sentir le corps étranger. La recherche du bord gauche de l'œsophage eut lieu sans sonde conductrice, et ce ne fut

qu'après l'ouverture du conduit qu'il fut possible de sentir le dentier avec le doigt. — L'incision fut agrandie, et, à l'aide d'une pince recourbée, on put saisir le dentier et l'amener au dehors.

La muqueuse de l'œsophage fut suturée au moyen de six fils de catgut qui conservés dans toute leur longueur servirent à drainer la plaie profonde.

Une sonde en caoutchouc rouge de Nélaton fut introduite par la narine gauche et laissée à demeure. Pendant les six premiers jours le malade reçut des aliments liquides injectés par cette sonde. — Il n'y eut jamais de température et le malade fut complètement guéri au bout de 16 jours.

J'insiste sur ce point qu'il ne faut pas, dans les cas de ce genre, insister sur les tentatives d'extractions par les voies naturelles, et que l'on doit, *sans retard*, pratiquer l'*œsophagotomie externe*.

Observations pour servir à l'histoire des embolies. Embolies de l'artère pulmonaire.

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1864).

A. Les *embolies mortelles de l'artère pulmonaire*, à la suite de couches, sont fréquentes, et les exemples de mort subite survenue dans ces conditions ne se comptent plus.

Il est une variété de lésion qui, au premier abord, ne paraissait pas devoir être le point de départ de lésions de cette nature, ce sont les *fractures de jambe* relativement simples, mais de cause directe et produites par un corps ayant déterminé une contusion plus ou moins étendue de la région.

A quelques années de distance j'ai observé deux cas de cette nature : le premier en 1860 dans le service de Velpeau dont j'étais l'interne. Un blessé arrivé à peu près à la fin de son traitement, à la suite d'un mouvement modéré dans son lit, mourut subitement.

A l'autopsie je trouvai l'*artère pulmonaire complètement oblitérée par un gros caillot*. Au niveau de la jambe existaient les traces très étendues d'un ancien épanchement sanguin.

Les pièces furent présentées à la Société anatomique par M. Brouardel qui était alors mon collègue d'internat dans le service de Velpeau.

Le second cas a été observé en 1864.

Mme X..., le 21 août, avait été renversée par un omnibus et la jambe droite avait été prise sous l'une des roues. La fracture était simple, mais accompagnée d'un épanchement de sang énorme. Il existait une très petite plaie près de la malléole interne.

Le 24 août, peau gangrenée, incision, issue de deux verres de sang corrompu. Depuis lors les choses marchèrent régulièrement.

La patiente n'avait pas encore quitté son lit.

Elle avait passé la soirée gaiement, sa fille allait la quitter, lorsque faisant un mouvement pour s'étendre dans son lit, elle jeta un cri et mourut subitement.

Appelé immédiatement, j'affirmai devant la famille qu'on ne pouvait expliquer la mort que par une *embolie pulmonaire*.

Je priai instamment que l'autopsie fût autorisée.

La fracture était consolidée très régulièrement. Pas de caillots dans les veines de la jambe. La veine cave n'a pu être examinée, la famille ayant demandé que l'autopsie fût aussi limitée que possible.

Un énorme caillot remplissait la moitié supérieure de l'artère pulmonaire et se prolongeait dans la division gauche de cette artère. Le caillot s'étendait aussi à quelques branches secondaires et obturait complètement les vaisseaux qui se rendent dans le lobe supérieur du poumon gauche.

Cette seconde observation a été reproduite dans le mémoire du docteur Azam de Bordeaux : *Sur la mort subite par embolie de l'artère pulmonaire, à la suite des traumatismes des membres.*

B. Gangrène sénile par *embolies artérielles*. Autopsie. *Caillot fibrineux ramolli* siégeant au niveau de la crosse de l'aorte et ayant été le point de départ d'*embolies artérielles multiples*.

Ce cas de gangrène chronique sèche est un spécimen, pour ainsi dire complet, des différentes lésions que peuvent entraîner l'oblitération des artères.

La marche des manifestations, l'ordre dans lequel elle se sont produites, leur multiplicité, ont pu être étudiés et surtout rapportés à une cause incontestable, l'existence d'un *caillot fibrineux ramolli* dont le siège et la nature ont été rarement aussi faciles à déterminer.

De l'importance du pansement ouaté dans les cas de grand traumatisme.

(*In* diverses publications.)

On n'a pas rendu suffisamment justice aux travaux d'Alphonse Guérin relatifs à l'application des théories de Pasteur.

En réalité, Alphonse Guérin avait compris tout le bénéfice que l'on pouvait retirer de l'application de ces théories à la chirurgie.

Son pansement ouaté avait réalisé un progrès réel et très appréciable.

Peu de temps après qu'Alphonse Guérin eut fait connaître les résultats obtenus par le *pansement ouaté*, je mis très fréquemment en pratique la méthode du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Parmi un très grand nombre d'observations, j'ai fait publier les *quatre faits suivants* qui offrent un intérêt tout particulier et plaident en faveur de l'importance de la méthode.

A. Dans deux opérations d'*amputation sus-malléolaire*, pratiquées l'une à la Pitié, l'autre dans une maison de santé de Neuilly, le *pansement ouaté* n'a été enlevé qu'au bout de la *sixième semaine*,

alors qu'il ne restait plus qu'une plaie insignifiante. Pendant toute la durée du traitement, la réaction avait été nulle, la température normale. Ces observations ont été publiées dans une revue chirurgicale du *British Medical Association*.

B. Une observation d'amputation de la cuisse pratiquée à l'hôpital de la Pitié, le 8 mars 1875, sur une femme âgée de 26 ans, *enceinte de trois mois*. — *La marche de la grossesse n'a pas été troublée par l'opération*. Le pansement ouaté, appliqué immédiatement après l'opération, a été enlevé pour la première fois le *trente-cinquième jour*. A cette époque la plaie était très petite et la cicatrisation, fut complète à la fin d'avril. Pas la moindre réaction pendant toute la durée du traitement. (*In* Thèse de Joseph Massot : *De l'influence du traumatisme sur la grossesse*, Paris, 1875).

C. Enfin, dans le *Progrès médical*, 1875, un de mes anciens internes, M. Cartaz, a publié l'histoire très intéressante, à divers points de vue, d'un malade qui, entré dans mon service pour une *large plaie contuse de l'articulation tibio-tarsienne, avec issue de l'extrémité inférieure du tibia qui dut être réséquée*, fut pris du tétanos le dix-neuvième jour. Les injections de chlorhydrate de morphine, combinées avec l'usage du chloral à hautes doses, amenèrent la guérison du tétanos.

Pendant tout ce temps, la cicatrisation marchait régulièrement sous le pansement ouaté. Celui-ci, appliqué le 5 juillet, fut enlevé la première fois le 4 août. Toutes les personnes qui, avec moi, ont suivi ce malade ont pensé que le repos complet dans lequel le membre mutilé avait pu être laissé, par suite de ce mode de pansement, avait dû jouer un rôle appréciable dans la terminaison favorable de la maladie.

Rapport sur les progrès de la Chirurgie en France.
par les Docteurs Félix Guyon et Léon Labbé.
(Grand in-8 de 768 pages, 1867.)

Chargés par le ministre de l'Instruction publique de faire *l'histoire des progrès accomplis par la Chirurgie depuis le commencement du XIXe siècle*, nous avons, le professeur Félix Guyon et moi, publié, en 1867, un ouvrage intitulé : *Rapport sur les progrès de la chirurgie en France*.

Nous avons tenu compte de tous les travaux du début du XIXe siècle, afin de donner une idée complète des changements survenus dans la théorie et dans la pratique sous l'influence du mouvement scientifique moderne.

Dans cet ouvrage ont été exposés avec soin tous les progrès accomplis par la chirurgie de notre pays pendant la période contemporaine.

Nous avons pris pour point de départ l'ouvrage classique de Boyer, cette œuvre importante qui forme le lien naturel entre le temps de l'Académie de chirurgie, celui de Desault et l'époque présente.

Dans un premier chapitre, nous avons cherché à montrer sous quelles influences s'est développé le mouvement scientifique chirurgical de notre époque et quelles sont les tendances actuelles de ce mouvement et de l'enseignement chirurgical en France.

Le reste de l'ouvrage a été divisé en quatre chapitres :

Progrès accomplis dans l'étude de la Pathologie chirurgicale;

Progrès accomplis dans l'application des Méthodes d'exploration;

Progrès accomplis en Médecine opératoire;

Progrès accomplis dans le Traitement des blessés et des opérés.

Depuis l'époque où cet ouvrage a paru une véritable révolution chirurgicale s'est accomplie, d'immenses progrès ont été réalisés.

Au moment où cette publication a été faite elle constituait un document intéressant pour l'Histoire de la Chirurgie.

De la coxalgie.

(Thèse d'agrégation, 1865, in-8 de 140 pages.)

Dans ce travail, composé à l'occasion du Concours d'agrégation en chirurgie, l'état de la science, à cette époque, a été exposé d'une façon très complète. Deux passages de cette thèse méritent une mention spéciale : 1° celui relatif à la *déviation du bassin et aux attitudes des membres.* — Les idées développées à ce sujet présentaient, à ce moment, une certaine originalité : — 2° le chapitre relatif au *traitement.*

De la dilatation variqueuse des lymphatiques.

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1867.)

Cette affection a été longtemps considérée comme une affection d'origine insulaire (île Bourbon, Guadeloupe, Martinique, etc.).

J'eus l'occasion d'étudier le cas d'un malade, normand d'origine. L'observation a été reproduite dans la thèse du Dr Th. Anger : *des adéno-lymphocèles.*

Ce malade portait dans les deux régions inguinales des *tumeurs lymphatiques ganglionnaires.* Au niveau du périnée, il existait en même temps une *dilatation des troncs lymphatiques* se rendant aux *ganglions inguinaux*, ce qui permit d'étudier comparativement et de bien voir la différence qui existe entre les tumeurs formées par la *dilatation des troncs lymphatiques* et celle constituée par la *dilatation des vaisseaux et des ganglions.*

A l'occasion de cette communication Trélat fit remarquer que ce cas présentait un grand intérêt au point de vue de l'*étiologie des tumeurs lymphatiques*, puisque ces sortes de tumeurs avaient toujours été considérées comme d'*origine insulaire*.

Gubler avait, il est vrai, observé *un cas de dilatation variqueuse* chez un Français, mais le malade avait fait un voyage à Bourbon.

Dans le cas soumis à mon étude, le malade n'avait jamais quitté la France, et ce fait démontre que les *varices lymphatiques* ne constituent pas une maladie qui soit exclusive aux pays chauds.

Note sur une cause extraordinaire de non consolidation des fractures. Fracture spontanée de l'humérus. Hydatides de la tête de l'humérus. Sortie de poches hydatiques en grande abondance à plusieurs reprises. Suppuration ayant duré plus de deux années. Guérison.

(Lancette anglaise, 1875.)

Un homme d'une quarantaine d'années se fractura l'humérus sous l'influence d'un faible effort, sans chute, sans coup, sans qu'aucune violence ait agi sur ce point du squelette.

Pendant plusieurs jours nous discutâmes diverses hypothèses pouvant expliquer cet accident. Au bout de quelque temps apparut un gonflement de la région, et un abcès dut être ouvert. Enfin, quelques jours après, à la visite du matin, nous trouvâmes, sous les pièces du pansement, plusieurs *vésicules hydatiques* de volumes divers.

Des lavages, des attouchements à la teinture d'iode furent pratiqués. Le malade a séjourné pendant deux ans dans nos salles, et les *vésicules d'hydatides ont été expulsées un nombre indéterminé*

de fois. Enfin il s'est fait autour de la fracture un véritable travail de consolidation à l'aide de pièces osseuses surajoutées, nées du périoste. L'extrémité supérieure de l'humérus avait atteint un très gros volume. Les trajets fistuleux communiquant avec le foyer de la fracture finirent par se combler, et la guérison survint complète et définitive.

Cette observation, très intéressante au point de vue de l'histoire des *hydatides des os*, a été publiée, en 1875, dans la *Lancette anglaise.*

Note sur le traitement de la pustule maligne.

(Bulletin de l'Académie de médecine, 1881.)

J'ai eu l'occasion, étant chirurgien de l'hôpital de la Pitié, hôpital situé au voisinage des mégisseries, de soigner de nombreux malades atteints de pustule maligne, et j'ai obtenu des résultats satisfaisants en combinant l'ablation au bistouri avec les cautérisations au fer rouge et en étendant ces cautérisations dans toute la zone circonvoisine de la pustule, surtout dans les cas où les tissus périphériques étaient œdémateux.

Dans ma communication à l'Académie, je préconisais ce mode de traitement assurément efficace mais qui entraînait une véritable perte de substance.

Depuis cette époque l'intervention chirurgicale est devenue inutile par suite de l'usage des *injections iodées hypodermiques de Davaine*, et de l'iode à l'intérieur.

Note sur le traitement de l'anthrax.

(Bulletin de l'Académie de médecine, 1888.)

A la suite d'une communication assez retentissante de Verneuil sur le traitement de l'anthrax par les pulvérisations phéniquées, j'essayai de revendiquer les droits de la chirurgie et de bien indiquer la différence qui doit être établie entre les diverses espèces d'anthrax.

Pour certains d'entre eux, les anthrax mous, en quelque sorte, alors que la peau est friable, alors que les bourbillons sortent facilement, l'on peut presque abandonner la maladie à la marche naturelle, employer des moyens fort divers et qui tous pourront paraître efficaces, user des pulvérisations phéniquées qui, je le crois, en pareil cas, constitueront un traitement de choix.

Mais si l'on a affaire à cette variété que tous les chirurgiens connaissent sous le nom d'*anthrax ligneux*, il faut que le chirurgien intervienne, le *plus rapidement possible* et le *plus largement possible*, sous peine de voir survenir une terminaison fatale.

Dans ces cas ce n'est pas même aux *incisions seules* qu'il faut avoir recours, c'est à *l'extirpation*, comme l'avait conseillé Broca et comme je n'ai jamais cessé de l'enseigner depuis plus de vingt-cinq ans.

Le but qu'il faut atteindre est celui-ci : circonscrire le mal de façon que la surface de la plaie à réparer ne soit plus constituée que *par des tissus sains*.

Cette manière de faire m'a permis d'obtenir des résultats inespérés. A mes yeux elle constitue le seul procédé pouvant donner une sécurité absolue.

De l'application du caustique de Vienne en larges surfaces dans certains abcès ossifluents.

(British medical, 1875.)

Toujours à l'époque où l'antisepsie n'existait pas, ou était à son début, j'ai cherché par tous les moyens possibles à éviter les complications classiques des plaies. Dans cet ordre d'idées, j'ai eu recours dans les cas de vastes abcès *sessiles* de la colonne vertébrale, dans les cas d'abcès ossifluents d'autres régions, aux applications de caustique de Vienne sur une étendue correspondant à environ les *deux tiers de la collection purulente*, et j'ai obtenu des résultats fort intéressants.

Sous l'influence de cette large cautérisation il se produisait *un lent mais très remarquable travail de régression* et lorsque l'escharre se détachait, la collection liquide avait disparu et il ne restait plus qu'une large plaie granuleuse que l'on devait conduire à la cicatrisation comme une plaie ordinaire.

Mémoire sur la propagation de l'inflammation au péritoine, à la suite des adénites inguinales.

(Mémoires de la Société de chirurgie, tome VI, page 406.)

Dans ce mémoire, appuyé principalement sur des observations qui lui sont personnelles, M. Labbé démontre surabondamment la possibilité de la propagation de l'inflammation née dans les ganglions inguinaux, au péritoine.

C'est principalement au niveau du septum crural, par l'intermédiaire du ganglion de Cloquet, que l'inflammation passe du membre inférieur dans la fosse iliaque.

La connaissance des faits exposés dans ce travail doit faire modifier dans une certaine mesure le pronostic généralement peu grave des inflammations qui ont pour siège les ganglions inguinaux.

Mémoire sur quelques cas de névromes.

En collaboration avec le Dr Legros.

(Extrait du « Journal de l'anatomie et de la physiologie » de Ch. Robin, numéros de mars 1870, avec 1 planche et 9 gravures.)

Dans ce travail nous avons étudié avec soin l'histoire de trois tumeurs qui étaient dues à l'*hypergenèse d'éléments nerveux*.

Deux seulement présentaient le type de ce qui a été étudié sous le nom de *névrome vrai*, la troisième avait son siège dans les *terminaisons des nerfs sensitifs* de la main, dans les *papilles nerveuses*, et cette singulière lésion n'avait pas été étudiée jusqu'à cette époque.

Exostose de croissance.

(Bulletin de la Société de Chirurgie, 1866.)

Les *exostoses de croissance* forment un chapitre très intéressant de la pathologie chirurgicale. — Le cas dont il s'agit ici présentait un certain intérêt en raison de son siège à la partie postérieure et inférieure du radius et au niveau du cartilage épiphysaire, et aussi en raison de son développement très rapide après une marche d'abord fort lente (le début paraissait remonter à deux ans).

Fracture transversale de la rotule, déchirure de la peau, ouverture complète de l'articulation. Traitement par la fermeture immédiate de la plaie à l'aide de la baudruche collodionnée et par l'immobilisation complète du membre avec une gouttière plâtrée. Guérison et rétablissement complet des mouvements de l'articulation.

(Bulletin de la Société médicale de l'Élysée, 1877.)

Cette importante observation mérite d'être rapprochée des faits d'*ouverture volontaire* des articulations.

Dans ce cas le *nettoyage de la région* fut fait *avec le soin le plus minutieux*, les bords de la plaie furent rapprochés et la plaie fermée avec la baudruche collodionnée. Le membre fut maintenu dans *l'immobilité absolue*. La guérison fut complète.

Aujourd'hui nous ouvrons l'articulation du genou, *de parti pris*, dans certains cas de fracture de la rotule, pour évacuer le sang épanché et suturer les fragments osseux; mais, il y a vingt-cinq ans, cette pratique hardie, et souvent justifiée, eût été énergiquement blâmée.

Le fait que je viens de rapporter semble avoir justifié *a priori* un mode d'intervention que la pratique de la méthode antiseptique a rendu plus tard fort légitime.

Note sur un cas de tumeur cirsoïde du cuir chevelu, traitée par la ligature des branches artérielles afférentes. — Insuccès de ces ligatures. Guérison par des injections répétées de perchlorure de fer.

(Thèse de Onfray-Métairie, Paris, 1872.)

A l'occasion de ce fait j'ai fait composer, en 1872, une très bonne thèse par mon élève, le docteur Onfray-Métairie (*Des injections de*

perchlorure de fer dans des tumeurs cirsoïdes artérielles. — Thèse de Paris, 1872).

La *compression* tentée pendant deux mois ne donna aucun résultat.

Les ligatures artérielles de toutes les branches afférentes superficielles et profondes ne furent pas suivies de succès.

Du 5 décembre au 12 décembre 4 injections de perchlorure de fer à 15 degrés, de 4 gouttes chacune, furent faites. Le 1er janvier le malade était complètement guéri.

Manuel opératoire. 1° Compression très exacte sur tous les vaisseaux afférents avec un anneau de plomb maintenu par les doigts des aides; 2° piqûre de la peau sous un angle aigu, avec la seringue de Pravaz graduée. Avoir bien soin de piquer dans la lumière d'un vaisseau et non dans le tissu cellulaire, et, pour en être certain, laisser écouler par la canule, avant d'injecter le perchlorure de fer, quelques gouttes de sang rutilant; 3° exécuter, avec le piston, 3 demi-tours pour vider le sang de la canule, puis après, autant de demi-tours que l'on veut injecter de gouttes; 4° enfin, après dix minutes, faire exécuter au piston un demi-tour en arrière et retirer brusquement la canule.

Anévrisme cirsoïde de l'oreille gauche : injections de perchlorure de fer, modification de la tumeur, infection purulente.

(La Revue de photographie, 1872, avec planche.)

Cette très importante observation a été publiée dans la *Revue de photographie* (1872), puis reproduite et discutée dans la Thèse d'agrégation de M. F. Terrier (*Des anévrismes cirsoïdes*, 1871) et dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par Léon Lefort.

Parmi les accidents qui peuvent suivre l'injection de perchlorure

de fer dans les anévrismes cirsoïdes, il en est un qui n'est pas très rare, l'inflammation et le développement d'abcès ordinairement circonscrits. L'issue du pus à l'extérieur peut faciliter l'apparition d'une hémorragie des plus graves.

« Mais il est un autre accident plus redoutable encore, dit « M. Terrier, je veux parler de l'infection purulente. Cette terrible « complication a été observée récemment par L. Labbé. La malade « en était à sa onzième injection de perchlorure de fer, et les « choses allaient très bien, en ce sens que la tumeur vasculaire « de l'oreille était presque tout à fait guérie. Toutefois, des « hémorragies assez fréquentes et difficiles à arrêter l'avaient « certainement affaiblie; aussi ne faut-il pas trop s'étonner de « son intoxication facile dans un milieu hospitalier. C'est dire « que nous n'attribuons nullement l'issue fatale de cette obser- « vation à l'intervention chirurgicale elle-même. » F. Terrier (Thèse d'agrégation : *Des anévrismes cirsoïdes*, 1872).

De la ligature préalable de l'artère fémorale dans certaines amputations de la cuisse.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, 1872.)

Il s'agit d'un cas exceptionnel d'enchondrome du fémur occupant les deux tiers de cet os.

En dehors de la rareté de cette sorte de tumeur dans cette région et du volume exceptionnel qu'elle présentait, le fait que je rapporte a une importance réelle, par suite de la nécessité dans laquelle je me trouvai de recourir à un procédé chirurgical digne d'intérêt : *la ligature préalable de l'artère fémorale* à sa partie supérieure.

J'ai eu l'occasion de mettre plusieurs fois en pratique ce procédé recommandé par un certain nombre de chirurgiens. Dans

deux cas de *désarticulation de la hanche*, en particulier, son emploi m'a rendu les plus grands services, et j'ai proposé d'*ériger*, *dans la désarticulation de la hanche, cette manière de faire en procédé habituel.*

De la valeur de la ligature des deux artères linguales comme opération préliminaire lors de l'amputation partielle de la langue dans les cas d'épithélioma (cancer des fumeurs).

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1879.)

Après avoir eu recours à l'*écraseur linéaire* et à l'anse *galvano-caustique* pour l'extirpation des tumeurs de la langue et l'amputation partielle de cet organe, j'ai acquis, plus tard, la conviction que la meilleure méthode opératoire consistait à *lier préalablement les deux artères linguales* et *à circonscrire la partie malade*, à l'*aide de forts ciseaux* :

Rétrospectivement j'ai reproché à la chaîne de l'écraseur et à l'anse galvano-caustique, d'agir en ayant une tendance (surtout quand il s'agit de l'écraseur), à se rapprocher du point malade.

Quelques chirurgiens, et entre autres Demarquay, avaient pensé que la *ligature préalable des linguales* était favorable à l'apparition plus tardive de la récidive.

Je suis arrivé aussi à cette conviction. Dans les *deux seuls cas* d'*épithélioma de la langue*, où j'ai assisté (durant une pratique de près de 40 ans) à une *récidive éloignée* (une fois 6 ans, une fois 12 ans), la *ligature préalable des deux linguales avait été pratiquée.* Ces deux cas de récidives éloignées pouvaient presque faire croire à une erreur de diagnostic; la récidive après 6 et 12 ans fit voir qu'il ne s'agissait pas de *syphilis*, mais bien de véritables *épithéliomas*.

Note sur un cas d'anévrisme faux consécutif du pli du coude.

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1865.)

Il s'agit d'un cas curieux d'anévrisme faux consécutif du pli du coude. Un corps pointu pénétra dans l'artère humérale et une hémorragie assez abondante se produisit. Une tumeur de la grosseur d'une très petite pomme apparut et n'augmenta pas tout d'abord de volume, lorsque quinze mois après, à la suite d'une pression un peu forte, exercée en jouant, sur la tumeur, celle-ci grossit immédiatement dans une très forte proportion et le pouls radial disparut.

Il s'agissait évidemment d'un anévrisme faux consécutif dont le sac avait été rompu, et il s'était formé des caillots volumineux.

Pour le traitement on eut recours à la méthode ancienne, par la ligature au-dessus et au-dessous de la tumeur.

Note sur une affection singulière des arcades alvéolo-dentaires.

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1868.)

Cette affection était caractérisée principalement par la *destruction lente et successive* des arcades alvéolo-dentaires.

Au niveau de la mâchoire gauche existait une vaste perte de substance beaucoup plus longue que large et occupant tout le rebord alvéolaire qui avait complètement disparu.

Du côté droit le bord alvéolaire était en train de disparaître. En même temps on observait divers troubles du côté du système nerveux, de l'appareil locomoteur et du sens de la vision.

L'interprétation de la nature et de l'origine de cette singulière

affection, soumise à l'examen de plusieurs chirurgiens, est restée très douteuse. Cependant, en tenant compte de l'existence d'un chancre induré 20 ans avant l'apparition des accidents, il semble que l'on soit autorisé à conclure à une relation entre les accidents observés et la syphilis.

Note sur un cas de calcul vésical énorme faisant saillie vers le rectum et vers la vessie. Lithotritie périnéale.

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1870.)

Il s'agissait d'un calcul vésical énorme que l'on sentait par le toucher rectal et le palper hypogastrique.

La vessie était appliquée d'une façon si intime sur le calcul que les instruments ne pouvaient passer entre les parois de l'organe et le corps étranger qui mesurait 15 centimètres dans son grand diamètre.

A cette époque la taille hypogastrique, qui a reconquis actuellement la faveur des chirurgiens, était presque complètement abandonnée.

On eut recours au procédé de la lithotritie périnéale créé par Dolbeau, mais les manœuvres furent tellement difficiles que la vessie fut blessée et que de graves accidents entraînèrent la mort du malade.

Le calcul pesait 131 grammes.

Il est vraisemblable que la taille hypogastrique telle qu'elle est instituée aujourd'hui eût pu amener la guérison.

Note sur un cas de tumeur fibro-cartilagineuse adhérente à l'omoplate. Extirpation. Érysipèle bronzé à début très rapide, dix heures après l'opération. Mort le quatrième jour.

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1865.)

Dans la relation de ce cas très grave et qui avait donné lieu à une opération intéressante et hardie, on peut se rendre compte de ce qu'avait, parfois, de terrifiant l'exercice de la chirurgie, avant la période antiseptique.

Cette opération, pratiquée dans le service de Velpeau, que je suppléais à la Charité, paraissait devoir donner un résultat satisfaisant.

A ce moment, chez tous les opérés, même chez ceux ayant subi les plus légères opérations, apparurent les complications les plus graves, de telle façon qu'il fallut interrompre toutes les opérations pendant plus de deux semaines.

C'est en se reportant à de pareilles observations que l'on peut *apprécier l'immense bienfait de la révolution chirurgicale qui a suivi les travaux de Pasteur.*

Note sur l'ulcération des artères dans les foyers de suppuration.

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1882.)

On a publié un certain nombre de cas dans lesquels une artère était atteinte d'*ulcération* dans un foyer de suppuration. Ces cas n'ont pas encore reçu d'explication bien satisfaisante et la pathogénie de cette complication est toujours très obscure.

Dans le fait dont il s'agit, un jeune garçon était atteint d'un *abcès sous-maxillaire.* L'abcès fut incisé dans la matinée. Une

hémorragie formidable se déclara dans l'après-midi. On voyait dans le fond de l'abcès l'ouverture d'une artère à l'emporte-pièce.

La ligature de la carotide externe fut pratiquée, et la guérison eut lieu.

Rapport sur une Note lue par M. Weber,
Médecin en chef de l'Hôpital militaire de Nîmes :
« Sur l'étoupe à pansement purifiée et antiseptique ».

(Bulletin de l'Académie de médecine, 1883.)

Nous fûmes priés, M. Gosselin et moi, d'expérimenter dans nos services de la Charité et de Beaujon le pansement soumis à l'appréciation de l'Académie.

M. Weber et son collaborateur M. Thomas, frappés de ce que le pansement de Lister ne pouvait être employé dans l'armée à cause de son prix très élevé, avaient cherché à trouver un produit parfaitement antiseptique, pouvant être facilement conservé et n'atteignant qu'un prix modéré.

Les expériences faites dans le service de M. Gosselin et dans le mien donnèrent lieu aux conclusions suivantes :

« Les pièces de pansement de MM. Weber et Thomas jouissent de propriétés antiseptiques réelles.

« Ce pansement absorbe bien les liquides versés par la plaie, etc.

« L'étoupe de MM. Weber et Thomas paraît un peu plus irritante pour les plaies, et notamment pour leurs bords, que la gaze phéniquée elle-même, etc.

« Ces pièces de pansement paraissent réunir, dans la mesure du possible, les conditions recherchées dans la méthode antiseptique appliquée à la chirurgie des armées. »

Article « Astragale ».

(*In* Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. VII, 1867.)

Article didactique dans lequel sont consignés tous les faits nouveaux relatifs à l'histoire des luxations de l'astragale.

Les *luxations de l'astragale avec plaie* ont perdu presque toute leur gravité depuis l'introduction dans la chirurgie de la méthode antiseptique; mais il y a quarante ans la pratique des chirurgiens était fort incertaine. En additionnant les faits de *luxation avec plaie* que l'on a pu réunir à cette époque, on arrive au résultat suivant: sur 87 cas de *luxation avec plaie*, 61 fois on a obtenu la guérison, et 26 fois les malades ont succombé.

Le plus grand nombre des guérisons avaient eu lieu lorsque l'extirpation de l'astragale luxé avait été faite immédiatement.

Rapport sur un travail de M. le Dr Labat, de Bordeaux, intitulé : « De la résorption purulente et des moyens de l'éviter, spécialement dans les amputations ».

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1866.)

Rapport sur un memoire de M. le Dr Marc Sée, intitulé : « De l'imbibition et de son rôle en pathologie ».

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1866.)

Rapport sur un travail de M. le Dr Lannelongue, de Paris, intitulé : « De la réduction des hernies à l'aide de la compression continue de la paroi abdominale immédiatement au-dessus du pédicule herniaire, aidée du taxis ».

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1870.)

Note sur un cas de luxation irréductible du pouce.

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1864.)

Note sur une ankylose incomplète de la mâchoire inférieure.

(Bulletin de la Société de chirurgie, 1865.)

Publication du tome IX de la 2e série du Bulletin de la Société de chirurgie (année 1868).

Je mentionnerai la publication du tome IX de la 2e série du *Bulletin de la Société de chirurgie*, pendant que j'avais l'honneur d'être secrétaire de la Société.

Note sur un cas d'anévrysme poplité, traité par la compression d'abord incomplète avec les appareils, puis totale avec les doigts (Service de Gosselin).

(Gazette des hôpitaux, 1859.)

A cette époque la question de la *méthode la compression* substituée à celle *de la ligature* a beaucoup préoccupé les chirurgiens.

Aujourd'hui, la *méthode antiseptique*, supprimant la gravité de la ligature, a complètement modifié l'aspect de cette question.

Note sur un cas de rupture traumatique de l'urètre avec écartement considérable des deux bouts; rétention d'urine, recherches infructueuses du bout postérieur du canal pendant quarante jours, sondes à demeure; abcès du testicule droit, restauration du conduit, guérison (Service de Jobert de Lamballe).

(Gazette des hôpitaux, 1859.)

Diverses communications faites à la Société anatomique.

Note sur un cas de tuberculisation des organes génito-urinaires;
Note sur un cas d'enchondrome de la parotide;
Note sur un cas de kystes hydatiques multiples de l'abdomen.

Articles de Bibliographie : in « *Gazette médicale* »,
in « *Gazette hebdomadaire* », in « *Union médicale* ».

Éloge de Velpeau, lors de l'inauguration du monument de Bretonneau, Velpeau et Trousseau.

(Bulletin de l'Académie de médecine, 1887.)

TABLE DES MATIÈRES

ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

MALADIES DU TUBE DIGESTIF

SUJETS DIVERS

46 883. — Imprimerie Lahure, rue de Fleurus, 9, à Paris.